Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 182 del 7 agosto 2018 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Martedì, 7 agosto 2018** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 36

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

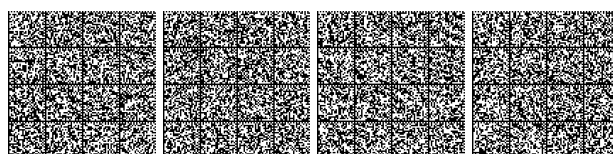
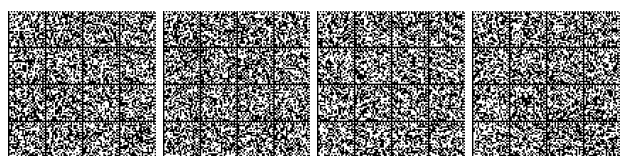
INTESA 21 giugno 2018.

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - triennio 2016-2018. (Rep. atti n. 112/CSR).

INTESA 21 giugno 2018.

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta- triennio 2016-2018. (Rep. atti n. 113/CSR).

INTESA 21 giugno 2018.

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) - triennio 2016-2018. (Rep. atti n. 114/CSR).

SOMMARIO

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

INTESA 21 giugno 2018.

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - triennio 2016-2018. (Rep. atti n. 112/CSR).

LA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 21 giugno 2018;

Vista la legge 26 maggio 2004, n. 138 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, che all'art. 2-*nonies* dispone che l'accordo collettivo nazionale concernente il personale sanitario a rapporto convenzionale è reso esecutivo con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni;

Visto l'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013 avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (Rep. Atti n. 164/CSR);

Vista la nota del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 7 giugno 2018 con la quale ha comunicato che fra la Struttura tecnica interregionale sanità convenzionata - SISAC, istituita dall'art. 52, comma 27, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e le Organizzazioni sindacali è stata sottoscritta l'ipotesi di accordo indicato in oggetto ed ha trasmesso copie dei seguenti documenti:

ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - triennio 2016-2018 (sottoscritta in data 29 marzo 2018) e relativa relazione tecnico-illustrativa e tecnico-finanziaria;

parere favorevole reso dal Comitato di settore del comparto Regioni-Sanità in data 10 maggio 2018;

nota del 30 maggio 2018 con la quale la Corte dei conti ha comunicato che le Sezioni riunite della medesima Corte in sede di controllo hanno deliberato la certificazione positiva sulla predetta ipotesi di accordo, con le osservazioni contenute nell'allegato alla deliberazione in corso di deposito;

nota del 27 aprile 2018 attestante il parere positivo formulato dalla Ragioneria generale dello Stato;

Considerato che nell'inviare la documentazione sopra indicata, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha richiesto l'iscrizione dell'argomento all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni, per acquisire l'intesa prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013;

Vista la nota del 12 giugno 2018 dell'Ufficio di segreteria di questa Conferenza con la quale è stata diramata l'ipotesi di accordo collettivo;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole all'intesa sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - triennio 2016-2018, allegato A, al presente atto;

Acquisito l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

Sancisce intesa

sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - triennio 2016-2018, che in allegato A al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Roma, 21 giugno 2018

Il Presidente: Stefani

Il segretario: Naddeo

ALLEGATO *A*

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

In data 29 marzo 2018 alle ore16:30, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Vincenzo Pomo

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG

SNAMI

SMI

INTESA SINDACALE

CISL MEDICI – FP CGIL MEDICI – SIMET – SUMAI

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli Accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'articolo 2, comma 283, lettera a) della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 ed il D.P.C.M. 1 aprile 2008;

Visto l'Accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 luglio 2004;

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'articolo 1, comma 470 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Vista la Legge 11 dicembre 2016, n. 232;

Visto l'articolo 1, comma 683 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto l'articolo 9-quater del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2015, n. 125;

Visto l'articolo 12 del D.M. 7 marzo 2006, Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale;

Visto il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il D.P.C.M. 27 febbraio 2017;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 189/CSR del 28 ottobre 2010, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

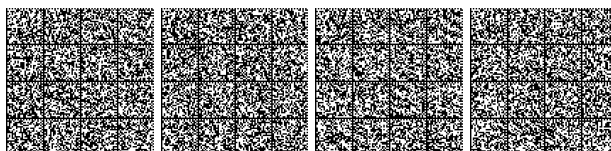
Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute".

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

INDICE

PREMESSA

Il presente ACN viene sottoscritto in attesa di concludere entro l'anno la contrattazione del triennio 2016-2018 (economico e normativo). In considerazione dell'attuale contesto normativo, il presente Accordo affronta alcune priorità emerse nel corso della trattativa, già oggetto delle linee di indirizzo, che richiedono una soluzione negoziale particolarmente tempestiva.

Tali priorità attengono in particolare alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), alla necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio e alla regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali. Con il presente ACN vengono altresì definite le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.

ART. 1 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE

1. La programmazione regionale finalizzerà gli AAIIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di *performance*, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini e tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

   a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.).* Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. Gli AAIIRR, nel rispetto del P.N.C., definiscono altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

   b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019.* La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIIRR prevedono una attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.

   c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO.* L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso e l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei medici di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.

d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA*. Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere previsto specificamente il coinvolgimento e la partecipazione dei medici di assistenza primaria ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti. In particolare, per l'erogazione delle prestazioni potrà essere previsto il coinvolgimento delle forme organizzative dei medici di medicina generale nei processi di *budgeting* aziendali.

ART. 2 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI

1. A partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo, l'articolo 15 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I medici da incaricare per la medicina generale sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure informatiche tese allo snellimento burocratico e al rispetto dei tempi.

2. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 17, comma 2, lettere b) e f) e devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;

b) iscrizione all'Albo professionale;

c) titolo di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 5.

3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i medici di cui al comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, oltre al punteggio per il titolo di cui al precedente comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere presentata ogni anno. La stessa deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'articolo 16. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il medico esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di cui al comma 6.

4. L'amministrazione regionale o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'articolo 16, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

5. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla

Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

6. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;

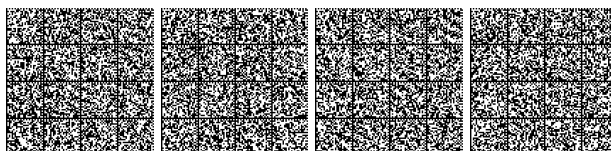
d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

7. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 6, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 3, ultimo capoverso. I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

8. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.

9. Il medico che accetta l'incarico in un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale.

10. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei medici aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti."

ART. 3 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE

1. A partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo, l'articolo 16 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente

"ART. 16 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e lode: p. 1,00

b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p. 0,50

c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: p. 0,30

d) specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di medicina generale ai sensi della normativa vigente,

per ciascuna specializzazione: p. 0,50

e) titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni: p. 7,20

f) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):

complessivamente p. 0,20

g) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL):

complessivamente p. 0,20

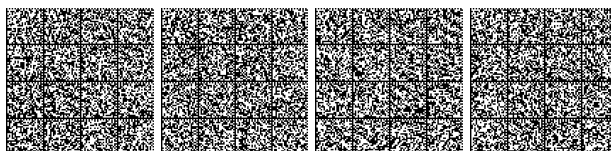
II. TITOLI DI SERVIZIO:

a) attività medico di assistenza primaria, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

b) attività di sostituzione del medico di assistenza primaria solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c),

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

c) servizio effettivo di medico di continuità assistenziale, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione

per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività. (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore): p. 0,20

d) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale,

per ogni mese di attività: p. 0,20

e) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali,

per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

f) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti penitenziari,

per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

g) attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della L. 9 ottobre 1970, n. 740,

per ogni mese di attività: p. 0,20

h) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate,

per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: p. 0,10

i) attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

j) turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo,

per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,05

k) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi,

per ciascun mese complessivo: p. 0,10

l) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti,

per ciascun mese: p. 0,05

m) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,

per ciascun mese p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva è stato svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

n) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della L. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,

per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

o) attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato,

per ogni mese di attività: p. 0,20

p) servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'articolo 8 della Legge 24 ottobre 2000, n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

q) servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

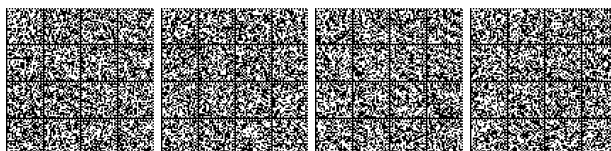
2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

3. Relativamente al servizio calcolato su base oraria, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore alla metà. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

4. Il servizio effettivo indicato dal presente articolo è determinato dalle sole ore di attività svolta ed i periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza.

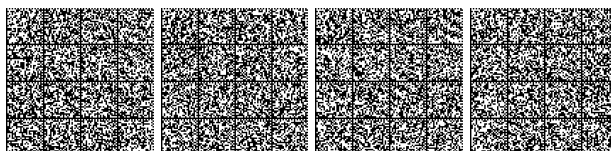
5. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo, ad eccezione della reperibilità di cui alla lettera j). In caso di servizi concomitanti è valutato quello che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di formazione specifica in medicina generale non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettera d) del presente articolo.

6. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

7. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

ART. 4 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO

1. L'articolo 31 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 31 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO.

1. L'esercizio del diritto di sciopero, le prestazioni indispensabili e le loro modalità di erogazione e quanto altro previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, sono regolamentati secondo quanto previsto dall'Allegato 1 del presente Accordo, recante l'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale."

ART. 5 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI ASSISTENZA PRIMARIA

1. A partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di assistenza primaria, l'articolo 34 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 34 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 33.

2. In sede di pubblicazione degli incarichi, fermo restando l'ambito di iscrizione negli elenchi di scelta del medico, l'Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.

3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 (tre) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del medico interessato, l'Azienda, in sede di pubblicazione degli incarichi, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.

4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti.

5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

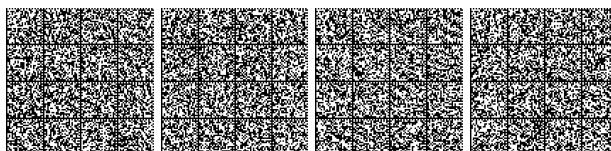
a) per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4.

6. I medici già titolari d'incarico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

7. I medici di cui al comma 5, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

8. I medici di cui al comma 5, lettera b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;

b) punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

9. I medici di cui al comma 5, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

10. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 5, lettera a) e b) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

11. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

12. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella i medici di cui al comma 5, lettera a) e, successivamente, i medici di cui al comma 5, lettera b) sulla base delle percentuali di riserva di cui ai successivi commi ed infine i medici di cui al comma 5, lettera c) con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

13. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 5, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;

b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

14. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.

15. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 13, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 14, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

16. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 13 sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

17. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da

parte dei medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Capo.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;

b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, successivamente nella Regione e da ultimo fuori Regione.

18. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui al comma 17.

19. Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

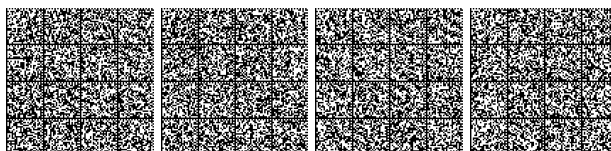
20. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in assenza di tale definizione mediante telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.

21. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

22. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

23. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al comma 21.

24. Qualora l'incarico venga assegnato ad un medico già titolare in altra Regione di incarico di continuità assistenziale, la Regione, o il soggetto individuato, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e dei conseguenti effetti.

25. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi 1 e 17, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo."

ART. 6 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

1. A partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di continuità assistenziale, l'articolo 63 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 63 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di continuità assistenziale e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al successivo articolo 64.

2. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti.

3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale da almeno 2 anni in un'Azienda della Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno 3 anni che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico inferiore a 650 assistiti. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

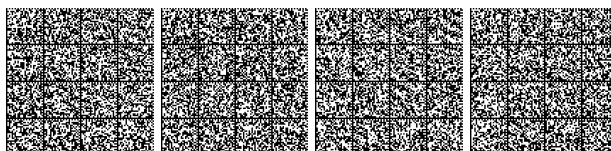
c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 2.

4. I medici già titolari d'incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

5. I medici di cui al comma 3, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

6. I medici di cui al comma 3, lettera b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;

b) punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda, nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono, abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

7. I medici di cui al comma 3, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

8. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 3, lettera a) e b) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

9. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

10. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella i medici di cui al comma 3, lettera a) e, successivamente, i medici di cui al comma 3, lettera b) sulla base delle percentuali di riserva di cui ai successivi commi ed infine i medici di cui al comma 3, lettera c) con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

11. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 3, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;

b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

12. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.

13. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 11, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 12, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

14. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 11 sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

15. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Capo.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;

b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nel territorio aziendale, successivamente nella Regione e fuori Regione.

16. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui al comma 15.

17. Al momento dell'interpello il medico deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

18. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in assenza di tale definizione mediante telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.

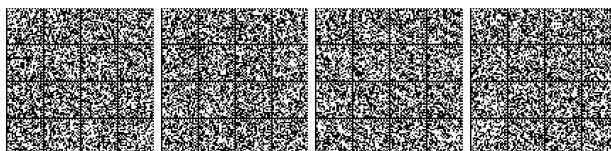
19. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

20. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

21. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al comma 19.

22. Qualora l'incarico venga assegnato ad un medico già titolare in altra Regione di incarico di assistenza primaria, la Regione, o il soggetto individuato, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e dei conseguenti effetti.

23. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

24. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi 1 e 15, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo."

ART. 7 – ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

1. A partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, l'articolo 92 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 92 – ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI.

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura.

2. Individuata la vacanza di incarico, l'Azienda ne dà comunicazione alla Regione, o al soggetto da questa individuato, per la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

3. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, come individuati al precedente comma 1.

4. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Regione o al soggetto da essa individuato apposita domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati.

5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'articolo 96 del presente Accordo.

6. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:

I) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;

II) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

III) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

c) i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in

graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4.

7. I medici già titolari d'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

8. I medici di cui al comma 6, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

9. I medici di cui al comma 6, lettera b) sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;

10. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 6, lettera a) sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

11. I medici di cui al comma 6, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

12. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

13. La Regione, o il soggetto da essa individuato, interpella i medici di cui al comma 6, lettera a), successivamente i medici di cui alla lettera b) ed infine i medici di cui alla lettera c) con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

14. La Regione, o il soggetto da essa individuato, indica nell'avviso di cui al comma 3 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione di tutti i medici aventi titolo all'assegnazione degli incarichi con un preavviso di 15 (quindici) giorni.

15. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in mancanza di tale definizione mediante telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione, con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli vacanti.

16. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

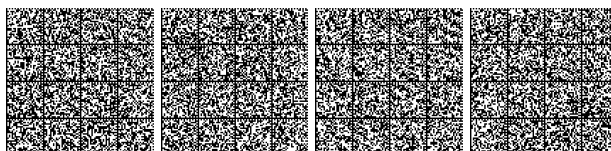
17. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

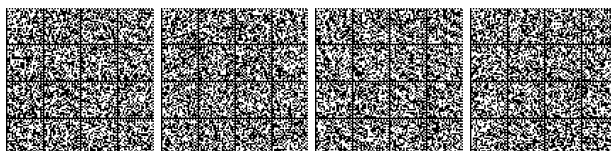
18. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al comma 16.

19. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

20. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale da attuare prima della pubblicazione degli incarichi.

21. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda già individuata per il personale dipendente lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza e nei DEA/PS.

22. Le Regioni, previa valutazione del fabbisogno di operatori, organizzano almeno una volta all'anno i corsi specifici di idoneità all'emergenza, definendone i relativi criteri di accesso e le modalità."

ART. 8 – MODIFICHE ALL'ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I.

1. Nell'articolo 17, comma 2, la lettera b) dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituita dalla seguente "b) fruisca del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;".
2. Nell'articolo 17, comma 2, lettera f) dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., le parole da "relativo ad attività convenzionate e dipendenti del SSN" fino a "trattamento di quiescenza del solo fondo generale dell'Enpam" sono sostituite dalle parole "come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM".
3. Nell'articolo 38, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "graduatoria di disponibilità di cui all'art. 15" sono abrogate le parole ", comma 12".
4. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, nell'articolo 70, comma 4 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 15" sono abrogate le parole ", comma 12,".
5. Nell'articolo 81, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "graduatoria di disponibilità di cui all'art. 15" sono abrogate le parole ", comma 12,".
6. Nell'articolo 81, comma 4 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "graduatoria di disponibilità di cui all'art. 15" sono abrogate le parole ", comma 12,".
7. Nell'articolo 97, comma 5 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "aziendale di disponibilità (ex" sono abrogate le parole "comma 12,".
8. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 7 del presente Accordo, nell'articolo 97, comma 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "dell'attestato di cui all'art. 92,", le parole "comma 4" sono sostituite dalle parole "comma 5".
9. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 7 del presente Accordo, nell'articolo 97, comma 7 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "dell'attestato di cui all'art. 92,", le parole "comma 4" sono sostituite dalle parole "comma 5".
10. Nella norma finale n. 2 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i, dopo le parole "della riserva di assegnazione prevista", le parole "dall'articolo 16, comma 7, lettera a)" sono sostituite dalle parole "a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale".
11. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 6 del presente Accordo, nella norma finale n. 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. , dopo le parole "quanto previsto dall'art. 63,", le parole "comma 2" sono sostituite dalle parole "comma 3".
12. Nella norma finale n. 9 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i, dopo le parole "graduatorie regionali con il punteggio di", le parole "cui all'art. 16, comma 1, titoli di servizio, lettera d)" sono sostituite dalle parole "p. 0,05, per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività".
13. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, è abrogata la norma finale n. 5 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.
14. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, è abrogata la norma transitoria n. 4 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

15. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 5 del presente Accordo, nella norma transitoria n. 10 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "di cui all'art. 33, comma 12 e all'art. 34", le parole "comma 11" sono sostituite con le parole "comma 2".
16. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, è abrogato ogni riferimento alle graduatorie di settore contenuto nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

ART. 9 – ARRETRATI

1. Preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e considerata la scelta di addivenire alla sottoscrizione del presente ACN in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018, le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN), per medici di medicina generale a quota capitaria e a quota oraria (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi), da erogarsi secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

Medici di Assistenza Primaria

TABELLA A1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2010	0,35
arretrati 2011	0,52
arretrati 2012	0,52
arretrati 2013	0,52
arretrati 2014	0,52
arretrati 2015	0,52

Medici di Continuità Assistenziale

TABELLA B1 - Arretrati 2010 - 2015

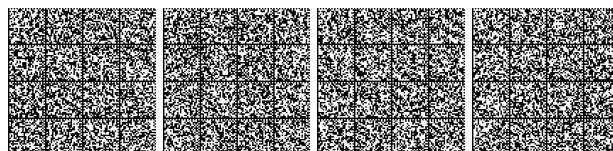
Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,11
arretrati 2011	0,17
arretrati 2012	0,17
arretrati 2013	0,17
arretrati 2014	0,17
arretrati 2015	0,17

Medici di Medicina dei Servizi Territoriali

TABELLA C1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,12
arretrati 2011	0,18
arretrati 2012	0,18
arretrati 2013	0,18
arretrati 2014	0,18
arretrati 2015	0,18

Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale

TABELLA D1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,12
arretrati 2011	0,18
arretrati 2012	0,18
arretrati 2013	0,18
arretrati 2014	0,18
arretrati 2015	0,18

2. Per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), per la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici e per la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali, sono corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017) secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

Medici di Assistenza Primaria

TABELLA A2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2016	0,77
arretrati 2017	1,28

Medici di Continuità Assistenziale

TABELLA B2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/per ora
arretrati 2016	0,24
arretrati 2017	0,41

Medici di Medicina dei Servizi Territoriali

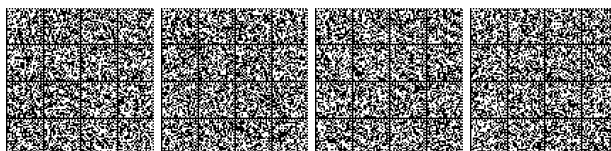
TABELLA C2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/per ora
arretrati 2016	0,25
arretrati 2017	0,43

Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale

TABELLA D2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/per ora
arretrati 2016	0,26
arretrati 2017	0,44

3. Gli arretrati di cui alla tabella A1 del comma 1 e alla tabella A2 del comma 2 sono corrisposti nel limite del massimale del medico di assistenza primaria e delle scelte in deroga acquisite secondo quanto previsto dall'articolo 40 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. nell'anno di riferimento.

4. Gli arretrati di cui alle tabelle B1, C1 e D1 del comma 1 e alle tabelle B2, C2 e D2 del comma 2 sono corrisposti ai medici di medicina generale a quota oraria (continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale), in funzione delle ore di servizio svolte nell'anno di riferimento.
5. Gli arretrati di cui al comma 1 del presente articolo sono corrisposti entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN.
6. Gli arretrati di cui al comma 2 del presente articolo sono corrisposti entro i 90 giorni successivi al termine di cui al comma precedente.

ART. 10 – ENTRATA IN VIGORE DELL'ACCORDO E RAPPRESENTATIVITÀ A LIVELLO DECENTRATO

1. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Il presente Accordo nelle more della vigenza dell'ACN del triennio 2016-2018 (economico e normativo) integra e sostituisce, ove espressamente previsto, l'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.
3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività a livello nazionale di cui all'articolo 22, comma 6, dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Gli Accordi Attuativi Aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale.

ART. 11 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE

1. Nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è inserito il seguente:

"ALLEGATO 1 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i medici di medicina generale in rapporto di convenzionamento con il SSN operanti secondo le previsioni del vigente ACN.

2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, per l'insieme delle prestazioni individuate come indispensabili e fissano i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli. Per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo si intendono applicate le disposizioni di legge di cui al presente comma.

3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.

4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, i servizi pubblici da considerare essenziali nella presente area negoziale sono i seguenti:

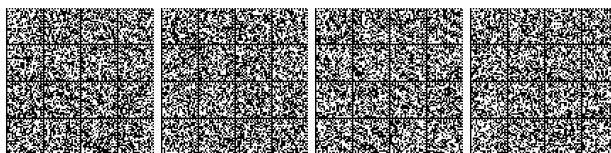
a) assistenza primaria;

b) continuità assistenziale;

c) emergenza sanitaria territoriale;

d) medicina dei servizi territoriali;

e) assistenza negli istituti penitenziari (*).

2. Nell'ambito dei suddetti servizi essenziali del comma 1 è garantita, per ogni settore, nelle forme e nelle modalità di cui al successivo articolo 3, la continuità delle seguenti prestazioni indispensabili per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati:

a) assistenza primaria: visite domiciliari avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento del paziente, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi regionali;

b) continuità assistenziale: prestazioni di cui all'articolo 67 nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi regionali, in particolare l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza domiciliare programmata a malati terminali;

c) emergenza sanitaria territoriale: tutte quelle di cui all'articolo 95 del vigente ACN per gli aspetti inerenti il soccorso urgente;

d) medicina dei servizi: tutte quelle rese nell'ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, d'igiene mentale, di medicina fiscale;

e) assistenza negli istituti penitenziari (*): assistenza sanitaria urgente, comprensiva in ogni caso delle terapie non procrastinabili, presenza nei processi con rito direttissimo o con imputati detenuti per quelle cause e uscite per gravi motivi di sicurezza.

ART. 3

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CONTINGENTI DI PERSONALE

1. Le prestazioni minime indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo vengono erogate da ciascun medico di assistenza primaria in riferimento ai propri assistiti in carico.

2. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, relativamente ai medici di continuità assistenziale, di medicina dei servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale ed i medici operanti negli istituti penitenziari (*), con appositi protocolli d'intesa a livello decentrato, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui all'articolo 2 del presente Accordo, nonché per la loro distribuzione territoriale.

3. In conformità ai protocolli di cui al comma precedente le Aziende individuano, in occasione degli scioperi nell'area della medicina generale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. In ogni caso, per le prestazioni indispensabili relative alla continuità assistenziale e all'emergenza sanitaria territoriale, va mantenuto in servizio il personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno in cui viene effettuato lo sciopero (contingente pieno).

ART. 4

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal

lavoro. In caso di revoca spontanea di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.

2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".

3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenuti a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 5, comma 8.

4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:

a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 48 (quarantotto) ore continuative anche per quei comparti organizzati per turni. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;

b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno le 72 (settantadue) ore. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare le 24 ore;

c) con esclusione del settore della assistenza primaria, che promuoverà sempre scioperi non inferiori ad una giornata lavorativa, gli scioperi orari della durata inferiore ad un giorno lavorativo si svolgeranno in un unico e continuo periodo, all'inizio o alla fine di ciascun turno, secondo l'articolazione dell'orario previsto per il servizio;

d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono consentite tutte le forme di sciopero che garantiscono il rispetto dei diritti costituzionali;

e) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre organizzazioni sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.

5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:

- nel mese di agosto;
- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali Europee, nazionali e referendarie;

- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali e comunali, per i singoli ambiti;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

7. L'adesione allo sciopero comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.

8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dello sciopero medesimo.

9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai medici di assistenza primaria una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 59 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

ART. 5

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.

2. I soggetti incaricati di svolger le procedure di conciliazione sono:

a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;

b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;

c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.

3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle organizzazioni sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.

4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.

5. Il tentativo si considera altresì esplicato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.

6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.

7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.

9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.

10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 4, comma 5.

ART. 6

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.

2. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le necessità organizzative delle Aziende sanitarie, il medico di medicina generale è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale, fatta eccezione per i medici iscritti alla organizzazione sindacale che ha proclamato o aderito allo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione.

(*) con decorrenza dalla istituzione del relativo settore"

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

I medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

Norma transitoria n. 2

Fino all'entrata in vigore degli articoli 5, 6 e 7 del presente Accordo, alle procedure per l'assegnazione degli incarichi vacanti, pubblicati sul Bollettino Ufficiale dalla Regione o dal soggetto da questa individuato, è consentita la partecipazione anche ai medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente o territorio aziendale, rispettivamente per gli incarichi di assistenza primaria, di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale e successivamente nella Regione e fuori Regione. Il possesso del diploma di cui sopra deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

DICHIARAZIONI CONGIUNTE

Dichiarazione congiunta n. 1

Le parti concordano che, al fine di garantire adeguati livelli di sicurezza per i medici di continuità assistenziale, l'attività ambulatoriale, sentito il Comitato aziendale, venga svolta solo presso sedi idonee e che nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con la programmazione regionale, vengano definite le modalità organizzative per regolamentare il libero accesso dei pazienti in orari diurni e serali prestabiliti e divulgati ai cittadini.

Dichiarazione congiunta n. 2

Le parti concordano sulla opportunità che le graduatorie regionali consentano di individuare lo stato occupazionale dei medici presenti in graduatoria.

Dichiarazione congiunta n. 3

Le parti considerano auspicabile che, nell'ambito degli AAIIRR, si possa prevedere la fornitura di fattori di produzione per lo svolgimento di attività di diagnostica di primo livello da parte dei medici di assistenza primaria, anche attraverso società di servizio o cooperative.

RELAZIONE TECNICO - ILLUSTRATIVA DELL'IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE*

ACCORDO FINALIZZATO AGLI OBIETTIVI PRIORITARI ED URGENTI

DEL

TRIENNIO NORMATIVO ED ECONOMICO 2016-2018

*RELAZIONE REDATTA AI SENSI DEI COMMI 3, 4 E 5 DELL'ART. 47 E COMMA 3 DELL'ART. 48 D.LGS. 30 MARZO 2001, N. 165 E SMI.

INDICE

PARTE I – OBIETTIVI GENERALI

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEL TESTO CONTRATTUALE

I. PREMESSA.

Con l'entrata in vigore della Legge 8 novembre 2012, n. 189, norma di conversione del D.L 13 settembre 2012, n. 158 (Decreto Balduzzi), è stato riformato l'impianto normativo di riferimento del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN. In particolare sono state apportate modifiche, integrazioni ed abrogazioni sul testo vigente dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante disposizioni per il "riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

Le disposizioni introdotte modificano l'assetto dei vigenti Accordi Collettivi Nazionali e dei relativi accordi decentrati (regionali ed aziendali).

La riforma all'art. 1, comma 6, prevedeva che entro 180 (centottanta) giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, si provvedesse, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali con particolare riguardo ai principi di cui alle lettere: b-bis), b-ter), b-quater), b-quinquies), b-sexies), h), h-bis) e h-ter) dell'art. 8, comma 1, come modificato dalla stessa Legge 189/2012, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell'articolo 15, comma 25, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e delle disposizioni ivi richiamate.

Disponeva inoltre che entro i successivi novanta giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, fossero stipulati i relativi accordi regionali attuativi. Il termine previsto non è stato rispettato ma il 12 febbraio 2014 il Comitato di Settore per il Comparto Regioni-Sanità esitava l'atto di indirizzo originario che in pari data veniva inoltrato al Governo per acquisire il previsto parere ex art. 47, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Decorso il termine previsto (20 giorni) ed in considerazione dell'intervenuto silenzio-assenso del Governo, il Comitato trasmetteva alla SISAC in data 18 marzo 2014 l'atto di indirizzo "*al fine di dare avvio alle trattative con le OO.SS.*".

In data 26 marzo 2014, in ottemperanza alle disposizioni di funzionamento della Struttura (L. 289/2002, Accordo Stato-Regioni 5 dicembre 2013) la SISAC convocava il Comitato dei Rappresentanti delle Regioni e delle Province Autonome (organismo composto dai rappresentanti di tutte le Regioni e Province e dei Ministeri della Salute, del Lavoro e dell'Economia) che all'unanimità ratificava la piattaforma negoziale redatta sulla scorta dell'Atto di indirizzo ricevuto.

Esperite le procedure formali le controparti sindacali di tutti e tre i settori in rapporto di convenzionamento con il SSN (medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie - psicologi, biologi e chimici) venivano convocate congiuntamente in data 11 aprile 2014 per l'apertura delle trattative e per affrontare le questioni di carattere generale e metodologico cui attenersi nella contrattazione.

Seguivano incontri alternati ad interruzioni durante le quali le OO.SS., in particolare della medicina generale e della pediatria di libera scelta, chiedevano interlocuzioni con il Comitato di Settore del comparto Regioni Sanità allo scopo di dirimere preventivamente alcune loro preoccupazioni. Il Comitato si riuniva in più occasioni e nel frattempo alcune sigle sindacali proclamavano uno sciopero nazionale per il 19 maggio 2015. Le trattative dei due settori interessati (medicina generale e pediatria di libera scelta) si interrompevano.

Esplorata la volontà delle sigle rappresentative del settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità (Psicologi, biologi e chimici), ed acquisito il loro riscontro positivo, in data 14 maggio 2015 veniva convocato il tavolo negoziale del citato settore per intraprendere le trattative specifiche connesse al mandato ricevuto. L'ACN in questione per la sola parte normativa è stato sottoscritto dalle parti negoziali il 30 luglio 2015 e reso esecutivo, a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015 (cfr. Rep. Atti. 227/CSR del 17 dicembre 2015).

Per gli altri settori, segnatamente medicina generale e pediatria di libera scelta, le trattative restano interrotte anche per la parte normativa fino ad un nuovo intervento del Comitato di settore di comparto che, allo scopo di ridurre le distanze tra le parti negoziali demanda ai tecnici di verificare la possibilità di superare le criticità sulle quali si è arenata la trattativa elaborando un documento di interpretazione dell'atto di indirizzo.
Dopo una serie di vicissitudini molto travagliate il neoricostituito Comitato di Settore delibera, in data 13 aprile 2016 un "documento integrativo" che, in applicazione del sopravvenuto Patto della Salute 2014-2016, tiene fermo l'atto di indirizzo originario chiarendone alcuni contenuti precettivi. Il documento diviene esecutivo in forza dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs, 30 marzo 2001, n. 165 (silenzio assenso del Governo).
La SISAC, aderendo ad una richiesta propedeutica delle OO.SS. elabora e consegna una prima bozza integrale di AA.CC.NN. di settore che viene trasmessa alle controparti in data 1 giugno 2016. Seguono vari incontri tra le delegazioni al tavolo che consentono alla Struttura di emendare la bozza con quanto nel frattempo concordato. La proposta negoziale emendata con le osservazioni accolte viene ritrasmessa in data 5 dicembre 2016. Tutte le ipotesi fino a quel punto sono elaborate, in adesione alle disposizioni di legge vigenti, per la sola parte normativa e senza determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.
In tale contesto le OO.SS. interrompono nuovamente le trattative chiedendo nuove direttive che includano anche la parte economica che, nel frattempo, viene definita nelle leggi di stabilità approvate dal Parlamento. In data 27 luglio 2017 il Comitato di Settore delibera una nuova "nota di aggiornamento dell'Atto di Indirizzo" con la quale, alla luce sia dei contenuti delle leggi di stabilità che delle indicazioni contenute in diversi atti normativi e documenti di programmazione (Patto Salute 2014-2016, DM 70/2015, Piano Nazionale Cronicità, PNPV, Accordo Stato-Regioni 24 novembre 2016 su numero europeo armonizzato a valenza sociale 116-117, nuovi Lea – DPCM 12 gennaio 2017, Legge 24/2017), fornisce alla SISAC ulteriori indicazioni per le trattative con le OOSS dei medici convenzionati. Anche questa nota diviene esecutiva in forza dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs, 30 marzo 2001, n. 165 (silenzio assenso del

Governo). Le trattative ripartono sempre e solo per la parte normativa in entrambi i settori della medicina generale e della pediatria di libera scelta ma il nodo della mancanza di certezze sulla presenza della componente di revisione economica rallenta e poi frena definitivamente il negoziato. Il Comitato di Settore, a seguito di chiarimenti intercorsi con il Governo, giunge alla conclusione di emanare un "documento integrativo di aggiornamento dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata", esitato il 19 febbraio 2018, con il quale "integra il contenuto degli atti già deliberati in data 12 febbraio 2014, 13 aprile 2016, 8 marzo 2017 e 27 luglio 2017 e trasmessi alla SISAC al fine di procedere alle trattative di rinnovo degli AACCNN di settore", chiarisce il contenuto delle risorse disponibili per il triennio in questione e affida all'agente negoziale il compito di affrontare nell'immediato alcune esigenze organizzativo-normative che impongono un tempestivo adeguamento degli AACCNN in questione fermo restando l'assunzione dell'impegno di tutte le parti negoziali a concludere l'intera contrattazione del triennio 2016-2018 (normativo ed economico). A fronte della condivisione e definizione di tali "obiettivi prioritari" sono rese disponibili le "risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale...".

II. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO E INDIRIZZI ALLA CONTRATTAZIONE.

Negli ultimi anni, cioè grosso modo dalla sigla degli ultimi ACN, la situazione economica del Paese è notevolmente peggiorata e con essa è diventata molto più critica la stabilità finanziaria del SSN. Ciò ha generato tra l'altro due fenomeni principali che rilevano in questa sede. Il primo può essere descritto come la produzione di un "corpus" normativo volto a fronteggiare la crisi economica adeguando l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica ai vincoli imposti dalla gestione del bilancio statale nel rispetto delle regole comunitarie. Possono essere inserite in quest'ambito: il decreto legislativo 150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", la legge 111/2011 "disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", la legge 135/2012, "disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", la legge 189/2012 "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e da ultimo il DPR 122/2013 "Regolamento in materia di proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per i pubblici dipendenti".

Il secondo fenomeno attiene sia alle ricadute delle norme citate sul contesto sanitario, sia al tentativo di mettere a punto programmi e strumenti atti a contenere la spesa sanitaria e a migliorare l'efficienza del sistema cercando di evitare, come usa dire, di gettare il bambino con l'acqua sporca, cioè di peggiorare la qualità dell'assistenza. Per semplicità ci si riferisce al blocco dei contratti di lavoro, ai Piani regionali di rientro, ai vari tentativi di "spending review", agli interventi sulla dotazione complessiva dei posti-letto, ai tetti sulla spesa farmaceutica, all'introduzione dei costi standard e - più rilevante ai presenti fini - alla necessità di riforma delle cure primarie. Tutti questi interventi miravano in sostanza a razionalizzare la struttura dell'offerta di servizi agendo sia sul costo unitario dei fattori, sia sulla composizione della struttura produttiva al fine di razionalizzare la spesa ospedaliera, con l'ammodernamento della rete dei presidi, e sviluppare l'assistenza territoriale.

L'efficacia di tali manovre è in larga misura "*sub iudice*". Sono state richiamate solo perché è da tale contesto che scaturisce l'originario atto di indirizzo che dà il via al rinnovo degli ACN solo per la parte normativa. In estrema sintesi si può dire che l'atto di indirizzo, in coerenza con la sua genesi, mira al potenziamento della rete dei servizi di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di specialistica ambulatoriale, introducendo maggiore chiarezza tra i livelli di autonomia, responsabilità e competenze spettanti ai vari attori del sistema e nel rispetto dei vincoli finanziari posti nei confronti sia del bilancio pubblico, sia del compenso dei singoli professionisti.

Tale impostazione, unitamente all'esigenza di conferire più trasparenza al governo del settore, ha naturalmente generato la necessità di procedere alla revisione completa dei testi degli ACN in questione.

In una seconda fase però, fase che prende le mosse certamente dallo "spartiacque" della sentenza della Corte Costituzionale n. 178 del 24 giugno 2015, il Governo ed il Legislatore sono chiamati ad intervenire anche sulla integrazione economica delle discipline contrattuali. Ne scaturiscono pertanto una serie di nuovi provvedimenti che, pur tenendo fermi gli assunti connessi alla revisione normativa, avviano un percorso di finanziamento delle risorse destinate alla contrattazione. Si richiamano all'uopo la legge 208/2015, (legge di stabilità 2016), la legge 232/2016 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), legge 205/2017 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) ed i rispettivi decreti attuativi.

AUTONOMIA, RESPONSABILITÀ E COMPETENZE TRA I VARI ATTORI DEL SISTEMA.

Al fine di chiarire ulteriormente il contesto istituzionale entro cui si devono collocare i nuovi Accordi nazionali e in coerenza col primo comma, dell'art. 1, della legge 189/12, l'Atto di indirizzo richiama alcuni principi che più propriamente si potrebbero definire "pre" o "meta" contrattuali, in quanto attinenti le materie proprie del tavolo negoziale ma poste, dalla legge citata

prima ancora che dall'Atto, su un piano normativo distinto e separato da quello della contrattazione.

In particolare si fa riferimento agli aspetti riconducibili alla sintetica notazione presente nella premessa dell'Atto stesso là dove si afferma che "mentre alla convenzione nazionale è affidata l'organizzazione del rapporto di lavoro tra medici e SSN, la revisione ed implementazione del modello organizzativo dovrà essere lasciata esclusivamente all'autonomia regionale in modo da tenere conto delle specificità regionali. Alle convenzioni nazionali è ovviamente affidato l'importante compito di fornire indicazioni di carattere generale rispetto ai modelli organizzativi per garantire una certa omogeneità di servizio a livello nazionale".

Si tratta in particolare degli aspetti di seguito richiamati:

a) adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo definito dalla Regione;
b) superamento di tutte le forme organizzative esistenti e loro sostituzione con le AFT e UCCP;
c) adesione al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione;
d) avvio della contrattazione per l'AIR, una volta definita la programmazione del nuovo assetto organizzativo, e suo perfezionamento entro 12 mesi, pena la sospensione unilaterale della parte economica dell'AIR;
e) accessibilità alle cure e continuità dell'assistenza con integrazione, nell'ambito del modello organizzativo adottato da ciascuna Regione, dei medici a ciclo di scelta e dei medici ad attività oraria; integrazione con i servizi dell'emergenza urgenza ed attivazione del numero unico 116-117.
f) istituzione del ruolo unico delle Cure Primarie;
g) revisione del rapporto ottimale in base alle determinazioni regionali.

Oltre tali aspetti prioritari si possono richiamare anche:

a) la verifica della coerenza del testo degli ACN alle disposizioni normative del D.lgs. 150/09 e smi e all'adozione di eventuali adeguamenti;

b) la revisione della normativa della rappresentatività e dei diritti sindacali, al fine di rendere più trasparente e omogeneo tra i settori l'esercizio del diritto di rappresentanza sindacale, includendo il meccanismo di quantificazione e attribuzione delle ore disponibili per l'attività sindacale, nonché le modalità di attribuzione degli oneri per la sostituzione prevista per lo svolgimento dell'attività sindacale;
c) la revisione e l'aggiornamento del testo di tutti gli ACN.

Va ricordato infine che tutte le innovazioni indicate in precedenza così come quelle che seguono, nonché quelle che saranno introdotte nei testi dei nuovi ACN, devono trovare l'eventuale fonte di finanziamento all'interno delle disponibilità finanziarie definite a livello nazionale tanto per il pubblico impiego contrattualizzato quanto per il settore in regime di convenzionamento con il SSN (cfr in particolare *infra* § III – Disponibilità finanziarie).

ACCORDO FINALIZZATO AGLI OBIETTIVI PRIORITARI ED URGENTI.

Si è già avuto modo di rappresentare che nella fase attuale, fermo restando gli indirizzi contenuti negli atti esitati dal Comitato di Settore per il comparto Regioni-Sanità, la contrattazione affidata alla SISAC con le più recenti linee di indirizzo del 19 febbraio 2018 ha esitato la sottoscrizione dell'ACN in esame che attiene i seguenti punti specifici:

1) realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza);
2) necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio;
3) l'istituzione di uno specifico settore inerente l'assistenza negli istituti penitenziari, la cui competenza è stata trasferita in carico al SSN con Legge 24 dicembre 2007, n. 244 e D.P.C.M. 1 aprile 2008;
4) regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali;

5) per il settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità (biologi, psicologi e chimici) occorre procedere alla revisione ed aggiornamento degli elenchi delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi;

Con tale prima intesa inerente le questioni elencate il Comitato di Settore ritiene possibile definire le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.

Tale Accordo non determinerà dunque l'erogazione delle risorse decorrenti dall'anno 2018 (né quelle riferibili all'indennità di vacanza contrattuale corrisposta ai dipendenti, né quelle connesse alle aliquote degli incrementi disposti dalle leggi finanziarie già dettagliatamente citate). Per disporre anche di quelle ulteriori risorse la contrattazione dovrà ripartire a stretto giro e concludersi con la sottoscrizione di AACCNN che includano tutte le questioni delineate dagli atti di indirizzo pervenuti.

Le parti nell'Accordo in esame hanno condiviso la scelta di stralciare la definizione del nuovo settore della assistenza negli istituti penitenziari per rinviarne la questione all'atto della conclusione del triennio. Ciò in quanto le OO.SS. hanno chiesto approfondimenti tecnici riguardanti la soluzione della questione inerente l'assegnazione delle borse di studio che debbono garantire il ricambio anche nel settore in parola.

Per quanto attiene la Specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie, che ha già sottoscritto l'accordo di parte normativa (in vigenza già dal 17 dicembre 2015) è inclusa in questa fase intermedia di allineamento negoziale anche la revisione degli elenchi delle specializzazioni utili ai fini dell'accesso agli incarichi al fine di adeguarli alla normativa vigente (tale indicazione era già stata specificamente disposta con atto di indirizzo dell'8 marzo 2017).

III. PRINCIPALI ASPETTI NORMATIVI ED ECONOMICI GENERALI.

PREMESSA

L'ACN in analisi si inserisce in un quadro normativo e contrattuale sul quale hanno già inciso profondamente tanto il Legislatore (riforma cure primarie, tessera sanitaria, ricetta elettronica, certificazione malattia) quanto le precedenti intese fra le parti, rese esecutive: con atto della Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 29 luglio 2009 e con atto Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 8 luglio 2010 (istituzione UCCP e AFT, flusso informativo, revisione compiti dei medici ecc.).

In tale contesto e confermando il percorso irreversibilmente intrapreso, l'ipotesi di accordo in esame determina un primo passo nell'ottica di attuare la riforma con la quale il Legislatore ha inteso riorganizzare l'intero comparto delle cure primarie.

Le disposizioni di legge che forniscono il perimetro entro cui si è dovuta muovere la contrattazione e che sono state citate nel precedente paragrafo di questa relazione, qualificano il contesto finanziario in cui opererà il nuovo ACN di settore.

In particolare gli atti di indirizzo e gli AACCNN in esame sono supportati dalle seguenti previsioni normative finanziarie:

1) L. 28-12-2015 n. 208, (legge di stabilità 2016), art. 1, commi 466, 467, 469, 470: tale norma dispone la quantificazione degli oneri per i rinnovi del personale dipendente dalle amministrazioni statali (300 milioni) e rinvia ai bilanci delle amministrazioni non statali in coerenza con quanto stabilito per quelli statali; il comma 470 precisa che "*Le disposizioni recate dal comma 469 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale*"
2) Con il DPCM 18 aprile 2016 si puntualizzano le modalità di determinazione per i dipendenti delle amministrazioni non statali è pari allo 0,4% del monte salari precisando che tali incrementi "*si aggiungono, a decorrere dall'anno 2016, a quelli già determinati per il pagamento della predetta indennità di vacanza contrattuale*".

3) L. 11-12-2016 n. 232 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), art. 1, commi 364, 365, 367, 392, 412: con tali norme si dispone lo stanziamento di ulteriori risorse rispetto alle precedenti precisando che "*ai fini della copertura degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale, come determinati a seguito dell'aggiornamento dei criteri di cui al comma 367, è vincolata, a decorrere dalla data di adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 365, una quota del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato ai sensi del comma 392*".
4) Con il DPCM 27 febbraio 2017 viene abrogato il precedente DPCM 18 aprile 2016 (di cui al precedente punto 2) rideterminando le aliquote di incremento per il 2016, 2017 e il 2018 rispettivamente nello 0,36%, 1,09%, 1,45% del monte salari del 2015. Anche in questo caso si precisa che "*gli importi quantificati per gli anni 2016, 2017 e a decorrere dal 2018 in applicazione di quanto previsto dal comma 2 si aggiungono a quelli già determinati per il pagamento dell'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010*".
5) Da ultimo con la L. 27-12-2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) vengono sostanzialmente rideterminate le aliquote di incremento relative all'anno 2018 aggiungendo a quanto già fissato dalla previgente normativa citata (1,45%), un tasso ulteriore di incremento pari al 2,03% sulla base di calcolo come in precedenza già definita (in totale portando al 3,48% l'incremento stabilito).

Il modello finanziario adottato in questa tornata dal Legislatore, per la prima volta, determina un meccanismo di parametrazione delle risorse sancendo esclusivamente le coperture aggiuntive rispetto all'indennità di vacanza contrattuale (pari allo 0,75% della massa salariale del 2009) che però, di per se, non troverebbe applicazione diretta per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN.

Pertanto, se gli incrementi "aggiuntivi" trovano già una specificazione diretta nel comma 412 della L. 11-12-2016 n. 232, per l'ulteriore 0,75%, già erogato ai dipendenti pubblici a partire dal 2010 in qualità di indennità di vacan-

za contrattuale, la specifica copertura finanziaria è da individuarsi negli accantonamenti annuali disposti dalle Aziende ai sensi di legge (art. 9, comma 1 del D.L. 30 settembre 2005, n. 203 convertito nella L. 2 dicembre 2005, n. 248) operati anche per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN (come da riscontro del MEF in sede di verifica degli adempimenti annuali).

ASPETTI METODOLOGICI ED ANALISI FINANZIARIA GENERALE.

La presente parte della relazione è disposta, secondo quanto previsto dagli artt. 47, comma 4 e 48, comma 3 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come recepito dalla Legge 27 dicembre 2002, n. 289, allo scopo di rendere una efficace e chiara attestazione degli oneri diretti e indiretti derivanti dal rinnovo contrattuale. Per meglio inquadrare il contesto si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative e di quantificazione del settore. In particolare, in ossequio alle determinazioni contenute nelle leggi finanziarie ed in osservanza alla necessità già richiamata dalla Corte dei Conti nelle delibere di certificazione delle precedenti tornate contrattuali, di allineare la stima dei costi con il valore di uscita dalla precedente contrattazione al fine di garantire un effettivo controllo dell'attendibilità delle previsioni di spesa, tutte le quantificazioni fisiche e di spesa della presente relazione avranno come origine la quantificazione dei costi del precedente biennio economico 2007-2008. Da tale quantificazione scaturiscono gli adeguamenti delle consistenze fisiche (scelte in carico ed ore retribuite) per gli anni di riferimento che determinano le basi della massa salariale di stima degli incrementi (2009 e 2015).
Si specifica che, come le disposizioni di legge dispongono, sulla base di calcolo dell'anno 2009 sono applicate le percentuali relative al riconoscimento delle risorse pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN (0,5077% nel 2010 e 0,75% a decorrere dal 2011) mentre la base sulla quale verranno applicati gli ulteriori incrementi disposti con le recenti leggi finanziarie (0,36% anno 2016, 1,09% anno 2017 e 3,48% a decorrere dal 1 settembre 2018) è quella riferita all'anno 2015 "*al netto della spesa per l'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010, maggiorato degli oneri contributivi ai fini previdenziali e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP)*" (cfr. art. 2, comma 1, DPCM 27 febbraio 2017).

Di seguito quindi, prioritariamente, si ritiene opportuno esporre la dotazione di personale convenzionato alla data del 1 gennaio 2016 da cui scaturiscono tutte le considerazioni che verranno svolte nella presente relazione.

TABELLA n. 1 (tabella n. medici al 1 gennaio 2016)

MEDICINA CONVENZIONATA	medici al 01/01/2016
TOTALE MEDICINA GENERALE	**66.633**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	44.436
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	17.464
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.810
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	2.923
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**7.719**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**18.330**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	16.895
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.435
TOTALE CONVENZIONE	**92.682**

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2016

Il contingente di personale convenzionato con il SSN nell'anno 2007 contabilizzava una assistenza sanitaria in termini di assistiti (per i comparti a quota capitaria) e di ore (per i comparti a quota oraria), come determinato dalle stime all'epoca disponibili e ritenute coerenti dal rapporto di certificazione deliberato dalla Corte dei Conti, come di seguito illustrato.

TABELLA n. 2 (tabella assistiti/ore anno 2007)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore stime anno 2007 (ACN biennio 2008-2009)
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.479.681
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.707.145
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.031.086
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	6.412.702
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.054.156
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	12.030.856
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	685.579

Fonte: relazione tecnica SISAC – biennio 2008-2009

Nel limite delle risorse disponibili previste per il rinnovo del biennio 2008-2009, la quantificazione del costo finale (inclusivo dell'aumento contrattuale del 3,2%) fu all'epoca stimato come da seguente tabella

TABELLA n. 3 (costo biennio 2008-2009 incluso 3,2%)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO biennio economico 2008-2009 inclusivo del 3,2% (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.789.824.266**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.042.172.151
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 547.325.214
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 30.828.246
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 169.498.655
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 882.740.935**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 606.846.802**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 583.071.084
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 23.775.718
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.279.412.002**

Fonte: relazione tecnica SISAC – biennio 2008-2009

In coincidenza di quel rinnovo contrattuale e sulla base delle sollecitazioni e degli stimoli pervenuti dalla stessa Corte dei Conti nelle delibere di certificazione, la SISAC ha avviato un percorso di istituzione di un flusso informativo annuale proveniente dalle singole Aziende Sanitarie e da tutti gli altri Enti del SSN allo scopo di stabilizzare la metodologia di calcolo del costo del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN.
A far data dalla rilevazione condotta al 1 gennaio 2009 si è costituito infatti un flusso specifico inerente il dato del numero delle ore retribuite nel corso dell'anno precedente (totale complessivo delle ore retribuite ai medici e professionisti remunerati a quota oraria nel corso di tutto l'anno solare precedente) (dato di flusso). Infine, con decorrenza dalla rilevazione 1 gennaio 2014 è stato integrato nel flusso dati proveniente annualmente dalle singole regioni anche il numero di assistiti dei settori remunerati a quota capitaria (assistenza primaria e pediatria di libera scelta) il numero degli assistiti in carico (dato di stock al primo gennaio di ogni anno).
Oggi si dispone dunque di una serie storica attestata dalle singole Aziende ed Enti del SSN che consente di effettuare stime dei costi sulla scorta di una metodologia stabile e consolidata.

STIMA DELLA BASE RETRIBUTIVA DELL'ANNO 2007.

Il costo complessivo come "valore di uscita" della precedente contrattazione di settore (*supra* tab. 3), viene quindi rivalutato in forza delle consistenze fisiche effettive all'anno 2009 in base al flusso dati rilevato dalla SISAC, per le ore retribuite nell'anno ed ai dati dell'Annuario Statistico anno 2010 (dati 1 gennaio 2010) edito dal Ministero della Salute per il numero degli assistiti (scelte) dei medici e dei pediatri in quota capitaria dello stesso periodo.

Nell'eseguire tale operazione diviene evidente un fenomeno particolare sul quale si richiama nuovamente l'attenzione. Come già rappresentato nella relazione tecnica riferita al precedente accordo di sola parte normativa per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali (reso esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015) si evidenzia la notevole espansione delle ore del settore. Il fenomeno non è certamente nuovo ed è sicuramente stato

acuito dal blocco del turn-over nell'area della dipendenza medica e veterinaria. Il nesso eziologico si riscontra in tutta la sua evidenza per la coincidenza dei tempi dei fenomeni rilevati (blocco del turn-over e crescita delle ore di specialistica ambulatoriale convenzionata); le Aziende, nella necessità di garantire le prestazioni assistenziali specialistiche e professionali sanitarie in fase di contrazione degli organici dei dipendenti e data l'impossibilità di integrarne i ruoli, hanno ampliato considerevolmente il ricorso alle prestazioni degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti afferenti l'area contrattuale in questione.

TABELLA n. 4 (scelte e ore remunerate anno 2009)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore (*) al 01/01/2010
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.622.066
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.166.786
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.711.712
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	5.865.743
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.668.352
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	15.972.803
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.127.194

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2010

(*) Annuario statistico 2010 - ministero salute per le scelte dell'assistenza primaria e della pediatria di libera scelta

In forza di tale componente numerica il costo della convenzione all'anno 2009 da utilizzare quale base di applicazione dell'aliquota relativa al riconoscimento delle risorse pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN (lo 0,5077% per il 2010 e lo 0,75% - di cui, in forza dell'ACN in esame, sono riconosciuti esclusivamente gli arretrati per gli anni 2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017) è così rideterminato:

TABELLA n. 5 (costo base anno 2009 – 01/01/2010)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 01/01/2010 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792.401.528**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053.139.152
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533.042.602
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51.178.167
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155.041.607
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972.295.276**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813.206.942**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 774.116.120
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 39.090.822
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.577.903.745**

STIMA DELLA BASE RETRIBUTIVA DELL'ANNO 2015.

Analogo procedimento è stato utilizzato per rideterminare la nuova base di riferimento per gli incrementi riferiti al triennio 2016-2017-2018 (dei quali, in forza dell'ACN in esame sono riconosciuti esclusivamente gli arretrati per gli anni 2016-2017).
In questo caso la stima è effettuata in forza del flusso dati annuale completo che la SISAC intrattiene con le singole Aziende e con gli altri Enti del SSN e che include la serie storica sia delle ore remunerate che delle scelte in carico a medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta.
Con tale fase dunque si chiude l'implementazione del modello consolidato di stima del costo che trova riscontro anche nel corrispettivo flusso contenuto nel modello CE (Conto Economico delle Aziende).
Anche nel periodo 2010-2015 permane e si conferma il fenomeno di espansione delle ore, in particolare della specialistica ambulatoriale.

TABELLA n. 6 (scelte e ore remunerate anno 2015)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore al 01/01/2016
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.506.661
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.954.854
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.831.655
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	5.973.220
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.762.835
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	19.390.309
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.703.933

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2016

Si segnala però che in coincidenza della sottoscrizione dell'ACN 17 dicembre 2015 tale processo di crescita delle ore pare cominciare un rallentamento in particolare pare essersi arrestato il fenomeno della crescita del numero degli specialisti così che, la crescita delle ore deve essersi necessariamente ripartita sugli incrementi orari dei medici già operanti con carico orario inferiore alle 38 ore. La spiegazione può essere inquadrata nelle finalità che si era preposto di conseguire l'ACN sottoscritto nel 2015 e che, si ribadisce, riguardava solo la parte normativa. Di seguito si riproduce quanto riferito dalla SISAC nella relazione tecnica di quell'Accordo: "*il contesto normativo generale in cui ha operato il rinnovo contrattuale espone un adeguamento della disciplina del settore in esame, riconducendolo ai meccanismi ordinari e tipici del reclutamento di personale. Sino ad oggi il settore della specialistica ambulatoriale era rimasto ancorato alla fase di chiusura dell'area che fu introdotta nel lontano 1997. Con la riforma apportata dalla L. 189/2012 l'area della specialistica ambulatoriale ha trovato il suo pieno riconoscimento, al pari delle altre aree convenzionate, nell'ambito delle cure primarie. Di conseguenza, il rinnovo contrattuale in esame ha ripristinato le ordinarie procedure di assegnazione di incarichi, limitando, analogamente agli altri settori del pubblico impiego, l'abusato ed improprio ricorso agli incarichi a tempo determinato allo scopo di far fronte ad esigenze ordinarie di assistenza specialistica da parte degli Enti del SSN. Si è inoltre superata la abusata e poco*

chiara procedura di trasformazione degli incarichi a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato che era prevista dell'art. 23, comma 13 dell'ACN 23 marzo 2005 e smi. Si è sostanzialmente voluto procedimentalizzare e rendere sistematica la scelta dell'Azienda nell'assegnazione di incarichi.
La procedura di seguito analizzata, quindi, circoscrive la assegnazione a tempo determinato solo ad esigenze straordinarie o specifici progetti, lasciando in capo alle amministrazioni la possibilità di valutare, in base alla programmazione, se conferire l'incarico a tempo indeterminato o determinato".
Pare dunque, che la revisione sistematica dei criteri di accesso agli incarichi di quel settore abbia innescato un processo virtuoso e ci si può attendere, al raggiungimento del massimale orario di medici già in servizio una riduzione sostanziale anche delle ore in forza degli ulteriori meccanismi introdotti (limitazione degli incarichi a tempo determinato e preferenza al completamento orario); con questi meccanismi si mirava anche a spingere verso una disponibilità completa del medico nei confronti del SSN ottenendo anche un miglioramento della qualità del servizio e delle cure.
La base retributiva dell'anno 2015 è dunque rielaborata in forza delle consistenze numeriche evidenziate nella precedente tabella n. 6 secondo la seguente tabella:

TABELLA n. 7 (costo base anno 2015 - 01/01/2016)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2015 01/01/2016 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.810.769.561**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.044.250.247
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 553.872.586
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 54.764.321
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 157.882.408
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 986.071.599**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 998.836.306**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 939.744.312
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 59.091.994
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.795.677.467**

RIEPILOGO STIMA BASI DI CALCOLO DELLA CRESCITA RETRIBUTIVA

E' possibile a tal punto riepilogare i riferimenti di crescita delle basi di calcolo della crescita retributiva sancita dal Legislatore per il triennio 2016-2018 e, come da prassi nelle relazioni tecniche della SISAC per i settori in rapporto di convenzionamento con il SSN, raffrontare anche la stima effettuata secondo la metodologia adottata, con i dati derivanti dal flusso dei Conti Economici delle Aziende Sanitarie che, come già segnalato nelle precedenti relazioni tecniche, non può essere utilizzato direttamente in quanto non è utile ai fini della stima della massa retributiva da utilizzare come base di calcolo in quanto: per tutti i settori rilevati (assistenza primaria, continuità assistenziale, pediatria e specialistica) include i costi derivanti dagli AIR (Accordi Integrativi Regionali) e dagli AAA (Accordi Attuativi Aziendali), che invece vanno esclusi dalla base di calcolo in quanto esulano dalla Contrattazione nazionale e vengono finanziati con risorse proprie delle singole regioni/aziende; per gli altri settori, non rilevati il flusso è indistinto fra figure afferenti ad aree negoziali differenti (psicologi con emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi non specificata in alcuna codifica). Per questo motivo, il flusso CE (che peraltro non include la stima dell'onere per assicurazione di malattia e IRAP) viene riportato nella seguente tabella a titolo di mero raffronto che consente comunque di confermare la coerenza della metodologia adottata.

TABELLA n. 8 (confronto basi retributive anni 2009 – 2015 – CE 2015)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO CE 2015 (non include malattia e IRAP) *include spesa regionale*
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792.401.528**	**€ 4.810.769.561**	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053.139.152	€ 4.044.250.247	€ 4.539.371.000
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533.042.602	€ 553.872.586	€ 703.418.000
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51.178.167	€ 54.764.321	
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155.041.607	€ 157.882.408	
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972.295.276**	**€ 986.071.599**	**€ 1.078.742.000**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813.206.942**	**€ 998.836.306**	**€ 1.077.339.000**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 774.116.120	€ 939.744.312	
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 39.090.822	€ 59.091.994	
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.577.903.745**	**€ 6.795.677.467**	

include spesa regionale

DISPONIBILITÀ FINANZIARIE

Le risorse previste per garantire una crescita delle remunerazioni del personale sanitario convenzionato provengono in questo rinnovo contrattuale esclusivamente dai bilanci delle Aziende sanitarie tenute per legge ad accantonare una disponibilità corrispondente al tasso di inflazione programmata (art. 9, comma 1 del D.L. 30 settembre 2005, n. 203 convertito nella L. 2 dicembre 2005, n. 248).

Nel dettaglio, come già riferito nella presente relazione con l'Accordo per il triennio 2016-2018 vengono definite:

a) le risorse pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti (0,5077% per l'anno 2010 e 0,75% a decorrere dal 2011)

b) gli ulteriori incrementi contrattuali disposti dalle leggi finanziarie già citate (0,36% per il 2016, 1,09% per il 2017 e 3,48% a decorrere dal 1 settembre 2018) .

TABELLA n. 9 (disponibilità percentuali anni 2010-2015 e triennio 2016-2018)

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (dal 1 gennaio al 31 agosto)	2018 (dal 1 settembre)
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09	1,09	3,48
TOTALE	**0,5077**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**1,11**	**1,84**	**1,84**	**4,23**

Tuttavia, nell'Accordo in esame finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti, come da atto di indirizzo pervenuto dal Comitato di Settore, sono disponibili esclusivamente le risorse relative agli arretrati per gli anni 2010-2017 delle risorse di cui alla lettera a) del precedente capoverso e gli arretrati degli incrementi di cui alla lettera b) del precedente capoverso riferiti agli anni 2016-2017.
Le rimanenti risorse sono subordinate alla sottoscrizione dell'ACN normativo ed economico riferito al triennio 2016-2018 secondo gli atti di indirizzo già esitati dal Comitato di Settore.
Di conseguenza le risorse effettivamente disponibili per l'ACN in esame sono schematicamente riportate nella seguente tabella.

TABELLA n. 10 (disponibilità percentuali accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2017)

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09
TOTALE	**0,5077**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**1,11**	**1,84**

Applicati alla base di calcolo per l'anno 2009 (risorse pari ad IVC dipendenti) e anno 2015 (arretrati su incrementi anni 2016 e 2017), i saggi di crescita delle retribuzioni generano, in riferimento all'ACN in esame (accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti), un costo teorico complessivo a regime dell'assistenza territoriale sanitaria pari ad euro **477,17 milioni di euro** ripartiti sul singolo settore come da tabelle seguenti.
In particolare tale valore teorico è dato dalla somma delle risorse erogate come arretrati dall'anno 2010 all'anno 2015 (**280,03 milioni di euro**) e quelle erogate come arretrati sugli incrementi relativi agli anni 2016 e 2017 (**197,14 milioni di euro**). Questi ultimi (anni 2016 e 2017) così come stabilito dalle disposizioni finanziarie avranno una base di calcolo composta: l'aliquota dello 0,75% (pari all'IVC) continuerà ad essere applicata sul costo base anno 2009; le aliquote incrementali ulteriori (0,36% anno 2016 e 1,09% anno 2017) saranno invece applicate sul costo base anno 2015.

TABELLA n. 11 (disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	2010 (0,5077%)	2011 (0,75%)	2012 (0,75%)	2013 (0,75%)	2014 (0,75%)	2015 (0,75%)	TOTALE disponibilità teoriche 2010 - 2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792**	**€ 24,33**	**€ 35,94**	**€ 35,94**	**€ 35,94**	**€ 35,94**	**€ 35,94**	**€ 204,03**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 20,58	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 172,56
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 2,71	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 22,69
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 0,26	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 2,17
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 0,79	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 6,60
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972**	**€ 4,93**	**€ 7,29**	**€ 7,29**	**€ 7,29**	**€ 7,29**	**€ 7,29**	**€ 41,38**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813**	**€ 4,13**	**€ 6,10**	**€ 6,10**	**€ 6,10**	**€ 6,10**	**€ 6,10**	**€ 34,62**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 3,60	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 30,23
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 0,17	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 1,41
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 0,36	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 2,98
TOTALE CONVENZIONE	**€ 6.577**	**€ 33,39**	**€ 49,33**	**€ 49,33**	**€ 49,33**	**€ 49,33**	**€ 49,33**	**€ 280,03**

TABELLA n. 12 (disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017) - valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	2016 (Accantonamento 0,75% su costo 2009 + incremento 0,36% su costo 2015)	2017 (Accantonamento 0,75% su costo 2009 + incremento 1,09% su costo 2015)	TOTALE disponibilità teoriche 2016 - 2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792**	**€ 4.808**	**€ 53,25**	**€ 88,35**	**€ 141,60**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 4.044	€ 44,96	€ 74,48	€ 119,43
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 553	€ 5,99	€ 10,03	€ 16,01
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 54	€ 0,58	€ 0,97	€ 1,55
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 157	€ 1,73	€ 2,87	€ 4,60
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972**	**€ 986**	**€ 10,84**	**€ 18,04**	**€ 28,88**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813**	**€ 998**	**€ 9,69**	**€ 16,98**	**€ 26,67**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 867	€ 8,45	€ 14,78	€ 23,22
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 53	€ 0,44	€ 0,83	€ 1,26
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 78	€ 0,81	€ 1,38	€ 2,18
TOTALE CONVENZIONE	**€ 6.577**	**€ 6.792**	**€ 73,78**	**€ 123,36**	**€ 197,14**

Le risorse impegnate nell'accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti sono integralmente riferite ad arretrati; le risorse a regime, invece (non contenute nell'ACN in esame) dovranno necessariamente rispettare gli indirizzi della contrattazione e quindi operare prevalentemente all'interno di meccanismi di premialità a risultato.

A fronte di tali disponibilità teoriche per il riconoscimento degli arretrati complessivamente disposti, il presente Accordo definisce costi effettivi dei singoli settori che vengono di seguito riassunti nelle seguenti tabelle n. 13 e 14.

TABELLA n. 13 (costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	costo effettivo 2010	costo effettivo 2011	costo effettivo 2012	costo effettivo 2013	costo effettivo 2014	costo effettivo 2015	TOTALE costo effettivo 2010 - 2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792**	**€ 24,04**	**€ 35,88**	**€ 35,88**	**€ 35,88**	**€ 35,88**	**€ 35,88**	**€ 203,46**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 20,33	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 171,34
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 2,63	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 22,91
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 0,25	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,37	€ 2,13
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 0,83	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 7,08
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972**	**€ 4,89**	**€ 7,22**	**€ 7,22**	**€ 7,22**	**€ 7,22**	**€ 7,22**	**€ 40,99**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813**	**€ 4,08**	**€ 5,95**	**€ 5,95**	**€ 5,95**	**€ 5,95**	**€ 5,94**	**€ 33,82**
- *SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato*	€ 710	€ 3,57	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 29,46
- *ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato*	€ 33	€ 0,16	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 1,40
- *SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio*	€ 70	€ 0,34	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 2,96
TOTALE CONVENZIONE	**€ 6.577**	**€ 33,00**	**€ 49,05**	**€ 49,05**	**€ 49,05**	**€ 49,05**	**€ 49,05**	**€ 278,27**

TABELLA n. 14 (costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	costo effettivo 2016	costo effettivo 2017	TOTALE costo effettivo 2016 - 2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792**	**€ 4.808**	**€ 52,96**	**€ 88,39**	**€ 141,36**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 4.044	€ 44,62	€ 74,18	€ 118,81
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 553	€ 5,95	€ 10,15	€ 16,10
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 54	€ 0,56	€ 0,96	€ 1,51
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 157	€ 1,84	€ 3,11	€ 4,94
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972**	**€ 986**	**€ 10,80**	**€ 17,97**	**€ 28,77**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813**	**€ 998**	**€ 9,50**	**€ 16,76**	**€ 26,25**
- *SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato*	€ 710	€ 867	€ 8,27	€ 14,58	€ 22,85
- *ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato*	€ 33	€ 53	€ 0,43	€ 0,82	€ 1,25
- *SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio*	€ 70	€ 78	€ 0,79	€ 1,36	€ 2,16
TOTALE CONVENZIONE	**€ 6.577**	**€ 6.792**	**€ 73,26**	**€ 123,13**	**€ 196,38**

I valori di costo effettivo sono inclusivi degli oneri previdenziali e, per i settori a quota oraria, dell'IRAP a carico dell'Azienda; essendo disposti in forma di arretrati sugli stessi valori non è applicato il costo dell'assicurazione di malattia.

Di seguito si evidenziano anche i differenziali ed il saldo positivo minimo sugli incrementi riconosciuti nel periodo dal 2010 al 2015 (**pari a 1,76 milioni di euro**) e dal 2016 al 2017 (**pari a 0,75 milioni di euro**) per un totale pari **2,52 milioni di euro**.

TABELLA n. 15 (differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	TOTALE disponibilità teoriche 2010 - 2015	TOTALE costo effettivo 2010 - 2015	SALDO 2010 - 2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 204,03**	**€ 203,46**	**€ 0,57**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 172,56	€ 171,34	€ 1,22
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 22,69	€ 22,91	-€ 0,22
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 2,17	€ 2,13	€ 0,05
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 6,60	€ 7,08	-€ 0,48
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 41,38**	**€ 40,99**	**€ 0,40**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 34,62**	**€ 33,82**	**€ 0,80**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 30,23	€ 29,46	€ 0,77
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 1,41	€ 1,40	€ 0,01
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 2,98	€ 2,96	€ 0,02
TOTALE CONVENZIONE	**€ 280,03**	**€ 278,27**	**€ 1,76**

TABELLA n. 16 (differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016 e 2017) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	TOTALE disponibilità teoriche 2016 - 2017	TOTALE costo effettivo 2016 - 2017	SALDO 2016 - 2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 141,60**	**€ 141,36**	**€ 0,24**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 119,43	€ 118,81	€ 0,63
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 16,01	€ 16,10	-€ 0,08
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 1,55	€ 1,51	€ 0,03
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 4,60	€ 4,94	-€ 0,34
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 28,88**	**€ 28,77**	**€ 0,10**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 26,67**	**€ 26,25**	**€ 0,41**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 23,22	€ 22,85	€ 0,37
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 1,26	€ 1,25	€ 0,02
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 2,18	€ 2,16	€ 0,02
TOTALE CONVENZIONE	**€ 197,14**	**€ 196,38**	**€ 0,75**

Si evidenzia, infine, che il testo contrattuale di ogni area viene configurato sul piano della tecnica normativa secondo il principio di stratificazione sequenziale dei contratti collettivi successivi. Questi ultimi confermano le disposizioni vigenti, fatte salve puntuali, ed esplicite abrogazioni/integrazioni.

Parte II – ACN MEDICINA GENERALE

Analisi illustrativa delle disposizioni

Si commentano di seguito, articolo per articolo, le variazioni introdotte, illustrandone anche l'entità degli eventuali oneri diretti o indiretti alle stesse associati, stimabili ai fini della presente relazione.

Premessa

Il testo in esame richiama le motivazioni che hanno indotto il Comitato di Settore a promuovere la sottoscrizione di un Accordo che, ferme restando le indicazioni contenute negli atti di indirizzo già esitati ed in attesa di concludere la contrattazione completa del triennio 2016-2018 (normativo ed economico), provveda ad affrontare in modo tempestivo alcune priorità che attengono:

1) la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza);

2) la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio;

3) la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali.

Il testo in esame esplicita altresì, come già riportato nella parte I della presente relazione tecnica, il riferimento alle modalità di erogazione delle risorse assegnate alla contrattazione a fronte del perseguimento in sede negoziale delle predette priorità. In particolare vengono finalizzate a tale scopo le risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017.

Tale premessa, avendo carattere meramente dispositivo ed esplicativo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 1 – Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale

L'articolo introduce appunto il riferimento agli obiettivi di politica sanitaria nazionale da perseguire attraverso la contrattazione decentrata di settore in attuazione della programmazione regionale.

Il **comma 1 (unico)** nel confermare appunto la priorità della programmazione regionale nell'opera di perseguimento degli obiettivi disposti dai piani nazionali sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, stabilisce che ciò avvenga anche attraverso la definizione nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera a)** richiama il Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.) esitato con l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Tale richiamo dispone l'impegno delle Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. L'obiettivo sancito è quello del miglioramento delle condizioni di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche ad opera di tutti gli attori operanti nel SSN. Il PNC prevede che ciò avvenga attraverso il rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni condividendo i percorsi di cura attraverso i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali). In tale quadro generale gli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con la programmazione regionale, declinano i criteri di partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure che si esplicano nella defini-

zione del Piano di cura e nella stipula del Patto di cura previsti dallo stesso PNC e definiscono il ruolo di tali medici nell'ambito del coordinamento clinico. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera b)** richiama il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) adottato l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019». L'obiettivo della riduzione del carico di malattie infettive prevenibili da vaccino è definito come priorità nazionale da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il PNPV dispone un calendario nazionale delle vaccinazioni offerte alla popolazione per fasce d'età ovvero in riferimento a particolari categorie a rischio. Il modello organizzativo definito con la programmazione regionale garantisce l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale ed in tale contesto gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle attività collegate. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

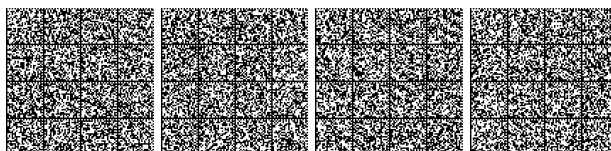
La **lettera c)** richiama la problematica dell'accesso improprio al pronto soccorso affrontata, tra gli altri atti di livello nazionale, con l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale. Vengono richiamate nella lettera in esame le motivazioni che pongono in essere la necessità di avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio di salute. Dal lato della disciplina contrattuale che si occupa di regolare i rapporti tra i medici di medicina generale ed il SSN, l'ipotesi di ACN in esame dispone che in sede di programmazione regionale cui conseguono gli accordi regionali, si preveda l'integrazione nelle reti territoriali dei medici di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio. Tale integrazione è finalizzata alla garanzia

della continuità dell'assistenza la quale consente di evitare o ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso per le prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate con benefici in termini assistenziali e di efficienza del sistema. In riferimento a tale ultimo aspetto citato l'ACN richiama anche la possibilità per gli AAIIRR di coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

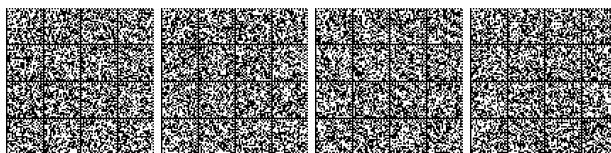
La **lettera d)** esplicita il riferimento alla questione del governo delle liste d'attesa e appropriatezza affrontato in ambito nazionale con l'Intesa Stato-Regioni, n. 189/CSR del 28 ottobre 2010, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012. Ferma restando anche in tal caso la preventiva programmazione regionale, in sede di accordo decentrato di livello regionale si prevede il coinvolgimento e la partecipazione dei medici di assistenza primaria ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, distinguendo tra i primi accessi ed i percorsi di follow-up, nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle norme vigenti. I processi di budgeting aziendali potranno prevedere il coinvolgimento delle forme organizzative dei medici di medicina generale in particolare per l'erogazione delle prestazioni. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 1 – *Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 2 – Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni

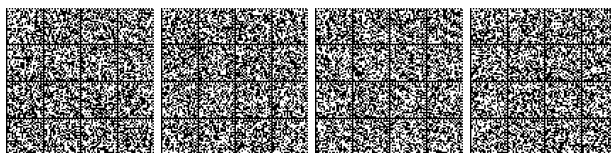
L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore dell'ACN in esame, l'integrale sostituzione dell'**art. 15** dell'ACN 23 marzo 2005 e smi.

ANALISI DELL'**ARTICOLO 15** (SOSTITUITO)

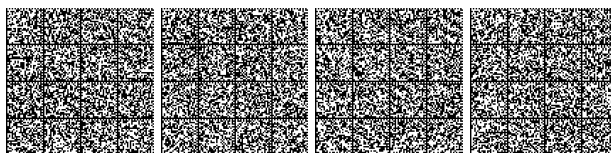
Il **comma 1** ai sensi del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. dispone la previsione secondo la quale i medici da incaricare per la medicina generale sono tratti da una graduatoria per titoli di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità. La graduatoria è unica ed afferisce tutti i settori della medicina generale (assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi territoriali ed emergenza sanitaria territoriale). L'ipotesi di ACN prevede che la stessa graduatoria è redatta con procedure informatiche tese allo snellimento burocratico ed al rispetto dei tempi previsti. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** precisa che i medici che aspirino all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 17, comma 2, lettere *b)* (fruizione del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale – nuova formulazione introdotta dall'**art. 8, comma 1** dell'ACN in esame – vedi *infra*) e *f)* (fruizione del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente ad eccezione del caso dei beneficiari delle sole prestazioni previdenziali erogate dalla "quota A" del Fondo di previdenza generale dell'ENPAM - nuova formulazione introdotta dall'**art. 8, comma 2** dell'ACN in esame – vedi *infra*). I medici che aspirano all'iscrizione in graduatoria devono possedere alla scadenza del termine di presentazione della domanda i requisiti elencati nel successivo elenco. In particolare l'ipotesi di ACN in esame modifica le previgenti clausole negoziali esplicitando alla **lettera a)** la necessità di possesso del requisito della cittadinanza italiana cui, in ossequio alla normativa europea sulla libera circolazione dei lavoratori, viene aggiunto il riferimento alla cittadinanza di altro Paese appartenente alla UE e ad eventuali ulteriori equiparazioni disposte dalle leggi vigenti in ottemperanza ad accordi bilaterali tra l'Italia ed altri Stati.
Alla successiva **lettera c)** il testo contrattuale viene adeguato alla luce delle revisioni normative intervenute. Nella stessa lettera viene introdotta una delle innovazioni che caratterizzano l'ACN in esame in particolare riferimento all'obiettivo di favorire il ricambio generazionale agevolando l'accesso di nuovi medici agli incarichi di medicina generale. Infatti, si introduce nella lettera in esame la possibilità che la domanda di iscrizione in graduatoria possa essere presentata anche dai medici frequentanti l'ultimo anno del corso di formazione

specifica in medicina generale i quali nell'anno in questione acquisiranno il titolo utile. Costoro, ferma la possibilità di presentare la domanda entro il 31 gennaio di ciascun anno, saranno tenuti ad esibire il titolo effettivamente conseguito (anche a mezzo di autocertificazione) entro il 15 settembre del medesimo anno (termine disposto per rispettare il limite di pubblicazione della graduatoria provvisoria di cui al successivo **comma 5**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 3** innova la procedura di trasmissione della domanda da parte dei medici aspiranti all'iscrizione in graduatoria. Si prevede che la domanda sia trasmessa entro il termine del 31 gennaio a mezzo di procedura telematica definita dalla Regione. La domanda, completa del bollo ai sensi della normativa vigente, unitamente alla dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante i requisiti, i titoli accademici, di studio e di servizio, viene trasmessa all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda individuata dalla Regione.
Si precisa che i titoli accademici, di studio e di servizio, ulteriori rispetto a quelli riguardanti il titolo di formazione in medicina generale (prerequisito) possono essere valutati ai fini del punteggio solo se posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
L'ulteriore innovazione introdotta con l'ipotesi di ACN in esame è quella contenuta nel successivo capoverso dello stesso **comma 3** ed attiene la precisazione che la domanda deve essere presentata ogni anno. La Regione o la Azienda da questa individuata potranno far riferimento al punteggio già conseguito dal richiedente nella precedente graduatoria qualora il medico non dichiari nella domanda per l'anno modifiche ai titoli conseguiti.
Da ultimo, si dispone che la Regione possa prevedere la facoltà del medico di esprimere la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali finalizzate al conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, già all'atto della domanda di iscrizione nella graduatoria regionale. Tale clausola, avendo carattere meramente dispositivo ed organizzativo, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 4** si dispone che l'amministrazione regionale o l'Azienda individuata dalla Regione, predisponga sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione pre-

visti dall'ACN al successivo art. 16 la graduatoria specificando accanto a ciascun nominativo il punteggio conseguito ed evidenziando l'eventuale possesso o meno del titolo di formazione specifica in medicina generale. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 5** prevede che la graduatoria provvisoria venga resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Nei successivi 15 giorni i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda da questo individuata eventuale istanza motivata di riesame della posizione in graduatoria. Entro il 30 novembre l'Assessorato regionale alla Sanità provvede alla pubblicazione della graduatoria definitiva sul bollettino ufficiale della Regione, disponendone altresì la pubblicazione sul sito istituzionale. Queste pubblicazioni costituiscono notificazioni ufficiali.
Da ultimo, la clausola sancisce che la graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

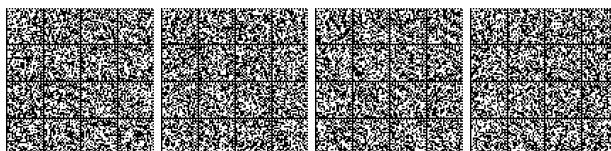
Il **comma 6** attiene alle graduatorie aziendali dei medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione. Fatte salve diverse determinazioni in sede di Accordo Integrativo Regionale riguardanti una diversa tempistica, le Aziende, entro 15 giorni dalla pubblicazione della graduatoria regionale definitiva, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di tali graduatorie aziendali. Gli incarichi di cui al presente comma vengono conferiti secondo l'ordine di priorità che segue: medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio e medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. Per l'affidamento delle sole sostituzioni, ai sensi dell'art. 19, comma 1, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, dopo le due categorie elencate per gli incarichi, vengono considerati in successiva priorità i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale e in seguito i medici che abbiano conseguito l'abilitazione professionale dopo il 31 dicembre 1994 ed infine i medici iscritti ai corsi di specializzazione. Si precisa che rispetto alla previgente clausola contrattuale (cfr. norma finale n. 5) l'ACN in esame sancisce il vincolo delle sole sostituzioni per i medici che abbiano conseguito l'abilitazione professionale

dopo il 31 dicembre 1994 e privi del diploma di formazione specifica di medicina generale. Il presente comma non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 7** viene ribadita la necessità di apposizione del bollo sulla domanda presentata per la partecipazione alle graduatorie di disponibilità Aziendale. Tali domande debbono essere trasmesse alla Azienda di riferimento entro 30 giorni decorrenti dalla data di pubblicazione dell'avviso da parte dell'Azienda stessa sul proprio sito istituzionale; fatto salvo il caso in cui ai sensi del precedente **comma 3** i medici aspiranti, già iscritti nella graduatoria regionale, non abbiano espresso in quella sede la richiesta di inclusione anche nelle graduatorie aziendali di disponibilità. Lo stesso comma precisa altresì quale sia l'ordine di graduazione dei medici che appartengono alle categorie elencate da b) ad e) nel precedente comma, indicando il criterio preventivo della minore età al conseguimento della laurea, in seguito del voto di laurea ed infine l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 8** precisa che i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN possono partecipare per graduatoria solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari. Pertanto tali medici potranno concorrere esclusivamente per trasferimento. Tale clausola essendo di carattere meramente dispositivo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il seguente **comma 9** sancisce che i medici che accettano un incarico ai sensi dell'ACN non possono concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi nel medesimo settore in cui già operano in base alla medesima graduatoria regionale. Anche tale clausola essendo di carattere meramente dispositivo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 10** si stabilisce che la Regione possa dare attuazione all'articolo in esame anche adottando differenti modalità di trasmissione delle domande rispetto a quella a mezzo procedura informatizzata in precedenza indicato (cfr. **comma 1**), purché tali diverse modalità garantiscano comunque la semplificazione dell'iter amministrativo, la riduzione degli adempimenti dei medici aspi-

ranti all'incarico e la limitazione degli oneri sostenuti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 2 – *Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

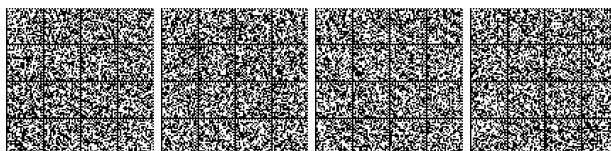
ART. 3 – Titoli per la formazione della graduatoria regionale

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore dell'ACN in esame, l'integrale sostituzione dell'**art. 16** dell'ACN 23 marzo 2005 e smi.

ANALISI DELL'**ARTICOLO 16** (SOSTITUITO)

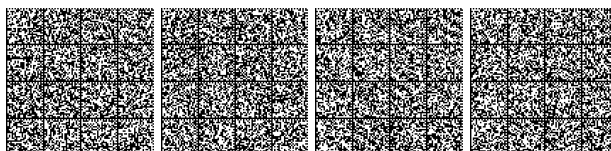
Il **comma 1** ripropone il testo del medesimo comma contenuto nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. contenente le indicazioni dei punteggi per i titoli accademici, di studio e di servizio.
Rispetto al testo previgente, l'ACN in esame introduce innovazioni al **punto I, lett. d)** unificando ed uniformando in un'unica clausola negoziale i punteggi relativi alle specializzazioni in discipline equipollenti ed affini alla medicina generale. A tali titoli di studio viene assegnato un punteggio pari a 0,50. Inoltre la stessa clausola in esame elimina i riferimenti alla libera docenza nelle medesime discipline.
Al **punto I, lett. e)** viene effettuata una mera ricognizione della normativa vigente in merito al titolo di formazione specifica in medicina generale.
Vengono inoltre introdotti *ex novo* i punteggi aggiunti in riferimento al **punto I, lett. f)** e **g)** che contengono rispettivamente un riferimento alla conoscenza della lingua inglese certificata ad un livello non inferiore al B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) e la conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL). Ad entrambi tali titoli viene assegnato un punteggio pari a 0,20.
Al seguente **punto II** del medesimo comma si provvede a precisare alla **lett. a)** l'ambito di assegnazione del relativo punteggio specificando che va attribuito

in riferimento al possesso di titolo di servizio con incarico a tempo indeterminato o provvisorio nell'assistenza primaria; viene altresì espunto il riferimento all'attività svolta in forma associata. Alla **lett. b)** ed alla **lett. c)** vengono effettuati meri adeguamenti del testo con precisazioni sulla portata della clausola con inclusione del riferimento agli incarichi provvisori. Le previgenti lett. c1), c2), c3) ottengono una nuova numerazione nell'elenco dei titoli di servizio (rispettivamente **lett. d)**, **e)** ed **h)**). La lett. d) del previgente ACN viene rinumerata con assegnazione della **lett. j)** precisando che il relativo punteggio è assegnato in relazione ai turni di reperibilità programmata. Il riferimento al servizio di attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche è traslato dalla previgente lett. e) alla **lett. i)** dell'ACN in esame. Il servizio militare di leva (ex lett. f) viene spostato alla **lett. m)**. La previgente lett. g) oltre a subire uno spostamento nell'ordine, passando alla **lett. n)**, contiene la precisazione che il servizio civile cui ci si riferisce è esclusivamente quello espletato ai sensi della Legge 64/2001; ciò a mera precisazione del previgente testo negoziale. Nei casi di elevazione di punteggio di cui alle **lett. m)** ed **n)** si precisa che il concomitante incarico convenzionale deve essere nell'"area della medicina generale". La lett. h) del previgente ACN viene spostata alla **lett. k)** lasciando invariato il contenuto. La lett. i) del previgente ACN assume la **lett. l)** nell'attuale elencazione chiarendo che il servizio cui ci si riferisce è il servizio convenzionato di assistenza sanitaria ai naviganti. Il servizio della previgente lett. l) viene suddiviso rispettivamente nelle **lett. f)** e **g)** per quanto concerne l'attività svolta presso gli istituti penitenziari (in particolare la **lett. f)** per il servizio effettuato in rapporto di convenzionamento con il SSN a seguito del trasferimento delle competenze del settore, mentre la **lett g)** per l'attività svolta dai medici incaricati ex L. 740/1970) e nella **lett. o)** per quanto attiene la valutazione dell'attività di Ufficiale medico militare in S.P.E. e medico della Polizia di Stato. Le previgenti lett. m) e n) vengono spostate rispettivamente alle **lett. p)** e **q)** e per quest'ultima vengono adeguati i riferimenti normativi. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** ripropone il testo del medesimo comma contenuto nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. con una mera correzione testuale al fine di rendere maggiormente intellegibile il testo. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Anche il **comma 3** rispetto al previgente contenuto nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. con una prima correzione testuale viene incluso il servizio afferente ai settori precedentemente elencati (continuità assistenziale, medicina dei servizi ed emergenza sanitaria territoriale) sotto l'unica dizione "calcolato su base oraria"; con una seconda correzione viene precisato che per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore alla metà delle ore di servizio valutabili ai sensi delle precedenti lettere (ad esempio **comma 1, punto II, lett. c)**, **lett. d)**, **lett. e)** ecc.). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** precisa che per servizio effettivo ai sensi dell'articolo in esame si intendono le sole ore di attività svolta e pertanto i periodi di sospensione dall'attività convenzionale (di cui all'art. 18, comma 2 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.) non concorrono al computo ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 5** nel riprendere il contenuto del previgente ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. chiarisce che i titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo ad eccezione della reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale di cui al **comma 1, punto II, lett. j)**. Viene altresì ribadito che in caso di servizi concomitanti si valuta esclusivamente il servizio che comporta il punteggio più alto. L'attività svolta durante il conseguimento del titolo di formazione specifica in medicina generale non è valutabile mentre quello prestato durante un corso di specializzazione equipollente o affine alla medicina generale è valutato in alternativa al titolo di studio. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 6** corrispondente al previgente comma 5 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. ribadisce che a parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età, il voto di laurea ed infine l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 7** corrispondente al previgente comma 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. precisa che non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate nell'articolo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 3 – *Titoli per la formazione della graduatoria regionale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 4 – Esercizio del diritto di sciopero

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, dispone l'integrale sostituzione dell'**art. 31** dell'ACN 23 marzo 2005 e smi rinviando all'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale, che viene introdotto ex novo come Allegato 1 del vigente ACN (vedi *infra* art.11).

L'intero articolo 4 – *Esercizio del diritto di sciopero* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 5 – Procedure per l'assegnazione di incarichi di assistenza primaria

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di assistenza primaria, l'integrale sostituzione dell'**art. 34** dell'ACN 23 marzo 2005 e smi.
Tale comma apporta diverse novità derivanti dalla decisione del Comitato di Settore assunta nell'atto di indirizzo di agevolare il ricambio generazionale, favorendo l'accesso dei medici agli incarichi di cui trattasi attraverso meccanismi e procedure che consentono la spendibilità del titolo acquisito o in corso di acquisizione al momento della disponibilità effettiva degli incarichi.

ANALISI DELL'**ARTICOLO 34** (SOSTITUITO)

Al **comma 1** si stabilisce che entro la fine di marzo di ciascun anno la Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 33 del vigente ACN. La clausola introduce altresì la novità per la Regione di pubblicare anche gli incarichi che si renderanno disponibili nel corso dell'anno. Tale caso è dato in particolare dai medici che cesseranno il loro rapporto di lavoro con le Aziende per sopraggiunti limiti di età (70 anni). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** prevede che all'atto di pubblicare gli incarichi, fermo restando l'ambito di iscrizione negli elenchi di scelta del medico, l'Azienda possa indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale (c.d. "prescrizione di zona"). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 3**, in conseguenza a quanto disposto dal precedente comma, sancisce la prescrizione di zona come vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata. Il vincolo si protrae per un periodo di tre anni dall'iscrizione nell'elenco dei medici di assistenza primaria. Decorso tale termine il medico interessato può richiedere che l'Azienda, in sede di pubblicazione degli incarichi, indichi la zona stessa agli effetti dell'apertura dello studio medico a carico del neo-inserito. Al momento in cui il neo-inserito subentra con l'apertura del proprio studio medico nella zona prescritta, il medico precedentemente interessato dal vincolo può procedere al trasferimento del proprio studio medico. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** prevede che i medici aspiranti presentino entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al **comma 1** alla Regione o al soggetto da questa individuato la domanda di assegnazione per uno o più incarichi vacanti, corredata del bollo secondo la normativa vigente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 5** definisce, come già previsto dal previgente Accordo collettivo nazionale, i soggetti che possono concorrere agli incarichi e il relativo ordine di priorità, disponendo primariamente per i trasferimenti (**lett. a)**) ed in seguito per i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**lett. b)**). Per tali medici restano immutate le condizioni e le prescrizioni già indicate nel previgente ACN che vengono meramente revisionate dal punto di vista dell'esposizione lessicale per renderne maggiormente chiaro ed intellegibile il testo. A queste due categorie sono aggiunti con ultima priorità (**lett. c)**) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Questi ultimi dovranno autocertificare il possesso del diploma all'atto della presentazione della domanda di cui al **comma 4**. Tale ultima lettera consente dunque a tutti coloro che per qualsiasi motivo (gravidanza, malattia, ecc...) abbiano ritardato la acquisizione del titolo oltre il termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (31 gennaio dell'anno precedente) e fino alla domanda di assegnazione degli incarichi (**comma 4**), di partecipare alle procedure di conferimento degli stessi. Tale clausola, essendo di carattere meramente dispositivo e procedurale, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 6** precisa che i medici già titolari di incarico di assistenza primaria a tempo indeterminato possano partecipare solo per trasferimento. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Tra gli aspiranti, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 5, lett. a)**) sono graduati secondo il dettato del successivo **comma 7**, in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dagli incarichi della medicina generale ai sensi dell'art. 18, comma 1 del vigente ACN. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**comma 5, lett. b)**) sono graduati invece dal **comma 8** in esame nell'ordine risultante dagli elencati **punti a), b) e c)** che seguono.

In particolare la **lett. a)** riferisce al punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 cui vanno aggiunti, ai sensi della **lett. b)**, punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico e, ai sensi della **lett. c)**, punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico. Come già previsto nel previgente Accordo, tali punteggi aggiuntivi sono sommati nel caso in cui le fattispecie previste dalle lettere b) e c) si verifichino contemporaneamente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Da ultimo, il **comma 9** determina i criteri di graduazione dei medici di cui al **comma 5, lettera c)** secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed infine l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 10** prevede che, in caso di pari posizione in graduatoria, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 5, lett. a)**) e quelli presenti in graduatoria (**comma 5, lett. b)**) siano ordinati secondo la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 11** dispone in merito ai criteri di formulazione delle graduatorie per gli incarichi vacanti, stabilendo che vengano stilate sulla base dell'anzianità per i trasferimenti, dei relativi punteggi posseduti e degli ulteriori criteri indicati per coloro che partecipano ai sensi del **comma 5, lett. c)** e precisando che accanto a ciascun nominativo siano indicati gli incarichi per cui concorre. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

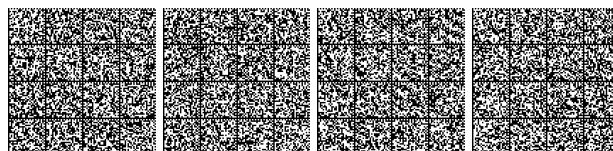
Al **comma 12** si disciplinano i criteri e l'ordine di interpello dei medici di cui al **comma 5**. Si precisa dunque che in primo luogo vengono interpellati i medici che concorrono per trasferimento (**lett. a)**), in seguito i medici in graduatoria

(**lett. b)**) applicando le percentuali di riserva indicate al successivo comma e infine i medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria (**lett. c)**). Questi ultimi sono interpellati avendo cura di assegnare priorità ai residenti nell'ambito carente, quindi a quelli residenti in Azienda, in seguito nella Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel seguente **comma 13** sono individuate le percentuali di riserva applicate dalle Regioni sul numero complessivo di incarichi disponibili per l'assegnazione ai medici di cui al **comma 5, lett. b)** (iscritti in graduatoria). Tali percentuali, nella presente tornata negoziale, sono variate nel loro parametro minimo in favore dei possessori del titolo di formazione specifica in medicina generale (80%). Ciò è dovuto alla crescente riduzione di medici provvisti di titolo equipollente (cui è assegnata una quota del 20% - abilitati prima del 31 dicembre 1994). La percentuale, comunque, è variata nel limite già identificato dal previgente ACN; l'Accordo in esame elimina il tasso di variabilità riconosciuto nelle facoltà delle singole regioni. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 14** si precisa che qualora si determinino carenze di domande riferibili ad una delle percentuali di cui al comma precedente, gli incarichi ancora disponibili vengano assegnati all'altra percentuale di riserva. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 15** precisa che ciascun medico possa proporre la propria domanda esclusivamente per una delle percentuali di riserva; tale precisazione va effettuata all'atto della presentazione della domanda. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel **comma 16** dell'articolo in esame, l'ACN determina i criteri di calcolo in base alle percentuali di riserva di cui al **comma 13**. E' stabilito che i quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva siano approssimati all'unità più vicina. Qualora si determini un quoziente frazionale identico per entrambe le riserve, il posto è assegnato alla riserva più bassa. Tale

clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel seguente **comma 17** viene introdotta un'altra delle novità dell'Accordo in esame derivante dalla necessità già citata di favorire l'accesso dei medici negli incarichi disponibili. L'evidenza rilevata mostra infatti una scarsa propensione alla mobilità nella richiesta di lavoro tra regioni in cui c'è una elevata offerta di posti disponibili e quelle in cui viceversa ad essere elevata risulta la domanda. Questa situazione ha reso evidente la necessità di una maggiore divulgazione, attraverso un sistema centralizzato, dell'offerta di incarichi vacanti e non ricoperti attraverso le procedure già illustrate (graduatoria, pubblicazione incarichi, ecc.). Tale sistema è stato identificato nel portale istituzionale della SISAC (www.sisac.info) che renderà disponibile alle Regioni la possibilità di pubblicare l'evidenza della carenza rimasta vacante dei posti offerti, consentendo la conoscenza di tale disponibilità a tutti i medici sul territorio nazionale. Il sistema prevede che la Regione o il soggetto da questa individuato per la procedura, renda altresì evidente sul proprio sito web la data di pubblicazione da parte della SISAC. Da tale data decorre il termine di 30 giorni per la presentazione delle domande, in regola con la vigente normativa sul bollo, da parte dei medici, purché costoro non siano titolari di altro incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria. La domanda viene trasmessa dai medici interessati alla Regione o al soggetto da questa individuato che procede alla valutazione secondo uno specifico ordine di priorità. Vengono prioritariamente valutate le domande dei medici inseriti nelle graduatorie di altre regioni (**lett. a)**) i quali sono graduati fra loro sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza; in caso di parità di punteggio prevale la minore età, il voto di laurea, ed infine l'anzianità di laurea. In seguito vengono valutate le domande dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (**lett. b)**) i quali sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea. All'atto dell'interpello tra i medici di cui alla **lett. b)** si assegna priorità ai medici residenti nell'ambito carente, poi nell'Azienda, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al fine di semplificare le procedure la Regione o il soggetto da questa individuato indica sin dall'avviso di pubblicazione degli ambiti territoriali vacanti la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità definite dalla stessa Regione, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 giorni. Il **comma 18** prevede che tali modalità e termini si applichino anche per la procedura definita al precedente **comma 17**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.
Con il **comma 19** è chiarito che il medico interpellato, deve a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta ovvero rinunciare all'assegnazione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 20** prevede che la mancata presentazione all'atto dell'interpello, da parte del medico, costituisce rinuncia all'incarico, fatto salvo il caso del medico impossibilitato a presentarsi il quale può dichiarare, secondo le modalità definite dalla Regione ovvero qualora la Regione non abbia definito una modalità specifica attraverso un telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali ha presentato domanda. In questa ipotesi al medico viene attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 21** è chiarito che il medico che accetta l'incarico in forza di un trasferimento decade dall'incarico di provenienza. E' stabilito altresì che in quest'ultimo caso il medico debba comunque garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso disposto dall'art. 19, comma 1, lett. c) del vigente ACN (un mese). La clausola sancisce infine che la rinuncia o la decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

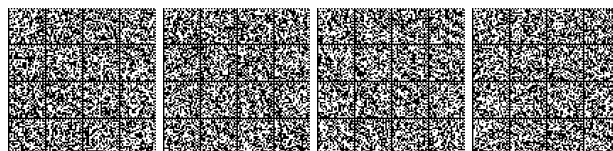
Il **comma 22** dispone in merito alle questioni inerenti le eventuali incompatibilità ancora sussistenti. In particolare si precisa che il medico debba rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica all'atto dell'assegnazione dell'incarico. Qualora sussistano eventuali situazioni di incompatibilità (cfr. art. 17 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.), esse debbono essere risolte all'atto di assegnazione dell'incarico e comunque cessa-

re prima del conferimento dello stesso. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 23** riporta le formalità procedurali in carico alle Regioni o al soggetto da queste individuato, all'espletamento della assegnazione degli incarichi. Viene effettuato l'invio degli atti alle Aziende interessate alla presa in carico del rapporto di lavoro da instaurare ed in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione si dispone la comunicazione all'Azienda di provenienza dell'accettazione dell'incarico anche ai fini di dare seguito alle previste decadenze di cui al **comma 21**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel caso di assegnazione di incarico di assistenza primaria ad un medico già titolare di incarico di continuità assistenziale in altra Regione, il **comma 24** prevede che sia comunicato all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento del nuovo incarico per consentire a quest'ultima la verifica di eventuali situazioni di incompatibilità e i conseguenti effetti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Come clausola di chiusura delle procedure di assegnazione degli incarichi nell'ambito dell'assistenza primaria, il **comma 25** prevede comunque la possibilità per la Regione, o soggetto da questa individuato, esperite le procedure di cui ai **commi 1** e **17**, di procedere per sopravvenute esigenze straordinarie, alla pubblicazione in corso d'anno di ulteriori avvisi per l'assegnazione di ambiti territoriali vacanti. Si applicano anche in tal caso le medesime procedure ed i medesimi termini previsti nell'articolo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 5 – *Procedure per l'assegnazione di incarichi di assistenza primaria* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 6 – Procedure per l'assegnazione di incarichi di continuità assistenziale

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di continuità assistenziale, l'integrale sostituzione dell'**art. 63** dell'ACN 23 marzo 2005 e smi.
Tale comma, analogamente a quanto già esposto all'**art. 5** dell' ACN in esame, apporta diverse novità derivanti dalla decisione del Comitato di Settore assunta nell'atto di indirizzo di agevolare il ricambio generazionale, favorendo l'accesso dei medici agli incarichi di cui trattasi attraverso meccanismi e procedure che consentono la spendibilità del titolo acquisito o in corso di acquisizione al momento della disponibilità effettiva degli incarichi.

ANALISI DELL'**ARTICOLO 63** (SOSTITUITO)

Al **comma 1** si stabilisce che entro la fine di marzo di ciascun anno la Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 64 del vigente ACN. La clausola introduce altresì la novità per la Regione di pubblicare anche gli incarichi che si renderanno disponibili nel corso dell'anno. Tale caso è dato in particolare dai medici che cesseranno il loro rapporto di lavoro con le Aziende per sopraggiunti limiti di età (70 anni). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** prevede che i medici aspiranti presentino entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al **comma 1** alla Regione o al soggetto da questa individuato la domanda di assegnazione per uno o più incarichi vacanti, corredata del bollo secondo la normativa vigente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 3** definisce, come già previsto dal previgente Accordo collettivo nazionale, i soggetti che possono concorrere agli incarichi e il relativo ordine di priorità, disponendo primariamente per i trasferimenti (**lett. a)**) ed in seguito per i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**lett.**

b)). Per tali medici restano immutate le condizioni e le prescrizioni già indicate nel previgente ACN che vengono meramente revisionate dal punto di vista dell'esposizione lessicale per renderne maggiormente chiaro ed intellegibile il testo. A queste due categorie sono aggiunti con ultima priorità (**lett. c)**) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Questi ultimi dovranno autocertificare il possesso del diploma all'atto della presentazione della domanda di cui al **comma 2**. Tale ultima lettera consente dunque a tutti coloro che per qualsiasi motivo (gravidanza, malattia, ecc...) abbiano ritardato la acquisizione del titolo oltre il termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (31 gennaio dell'anno precedente) e fino alla domanda di assegnazione degli incarichi (**comma 2**), di partecipare alle procedure di conferimento degli stessi. Tale clausola, essendo di carattere meramente dispositivo e procedurale, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 4** precisa che i medici già titolari di incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato possano partecipare solo per trasferimento. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Tra gli aspiranti, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 3, lett. a)**) sono graduati secondo il dettato del successivo **comma 5**, in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dagli incarichi della medicina generale ai sensi dell'art. 18, comma 1 del vigente ACN. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**comma 3, lett. b)**) sono graduati invece dal **comma 6** in esame nell'ordine risultante dagli elencati **punti a), b) e c)** che seguono.
In particolare la **lett. a)** riferisce al punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 cui vanno aggiunti, ai sensi della **lett. b)**, punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico e per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del

termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico e, ai sensi della **lett. c)**, punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico. Come già previsto nel previgente Accordo, tali punteggi aggiuntivi sono sommati nel caso in cui le fattispecie previste dalle lettere b) e c) si verifichino contemporaneamente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Da ultimo, il **comma 7** determina i criteri di graduazione dei medici di cui al **comma 3, lettera c)** secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed infine l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 8** prevede che, in caso di pari posizione in graduatoria, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 3, lett. a)**) e quelli presenti in graduatoria (**comma 3, lett. b)**) siano ordinati secondo la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 9** dispone in merito ai criteri di formulazione delle graduatorie per gli incarichi vacanti, stabilendo che vengano stilate sulla base dell'anzianità per i trasferimenti, dei relativi punteggi posseduti e degli ulteriori criteri indicati per coloro che partecipano ai sensi del **comma 3, lett. c)** e precisando che accanto a ciascun nominativo siano indicati gli incarichi per cui concorre. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

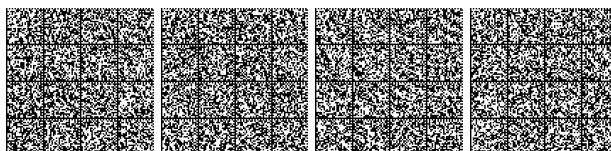
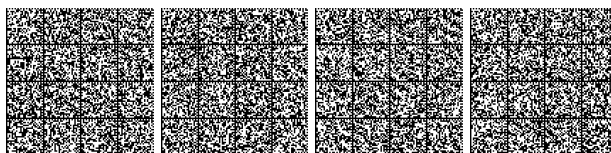
Al **comma 10** si disciplinano i criteri e l'ordine di interpello dei medici di cui al **comma 3**. Si precisa dunque che in primo luogo vengono interpellati i medici che concorrono per trasferimento (**lett. a)**), in seguito i medici in graduatoria (**lett. b)**) applicando le percentuali di riserva indicate al successivo comma e infine i medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza del termine per la presentazione della

domanda di inclusione in graduatoria (**lett. c)**). Questi ultimi sono interpellati avendo cura di assegnare priorità ai residenti nel territorio aziendale, quindi a quelli residenti in Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel seguente **comma 11** sono individuate le percentuali di riserva applicate dalle Regioni sul numero complessivo di incarichi disponibili per l'assegnazione ai medici di cui al **comma 3, lett. b)** (iscritti in graduatoria). Tali percentuali, nella presente tornata negoziale, sono variate nel loro parametro minimo in favore dei possessori del titolo di formazione specifica in medicina generale (80%). Ciò è dovuto alla crescente riduzione di medici provvisti di titolo equipollente (cui è assegnata una quota del 20% - abilitati prima del 31 dicembre 1994). La percentuale, comunque, è variata nel limite già identificato dal previgente ACN; l'Accordo in esame elimina il tasso di variabilità riconosciuto nelle facoltà delle singole Regioni. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 12** si precisa che qualora si determinino carenze di domande riferibili ad una delle percentuali di cui al comma precedente, gli incarichi ancora disponibili vengano assegnati all'altra percentuale di riserva. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 13** precisa che ciascun medico possa proporre la propria domanda esclusivamente per una delle percentuali di riserva; tale precisazione va effettuata all'atto della presentazione della domanda. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel **comma 14** dell'articolo in esame, l'ACN determina i criteri di calcolo in base alle percentuali di riserva di cui al **comma 11**. E' stabilito che i quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva siano approssimati all'unità più vicina. Qualora si determini un quoziente frazionale identico per entrambe le riserve, il posto è assegnato alla riserva più bassa. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Anche nel **comma 15** si assolve alla già rappresentata necessità di favorire l'accesso dei medici negli incarichi disponibili. L'evidenza rilevata mostra infatti una scarsa propensione alla mobilità nella richiesta di lavoro tra Regioni in cui c'è una elevata offerta di posti disponibili e quelle in cui viceversa ad essere elevata risulta la domanda.
Questa situazione ha reso evidente la necessità di una maggiore divulgazione, attraverso un sistema centralizzato, dell'offerta di incarichi vacanti e non ricoperti attraverso le procedure già illustrate (graduatoria, pubblicazione incarichi, ecc.). Tale sistema è stato identificato nel portale istituzionale della SISAC (www.sisac.info) che renderà disponibile alle Regioni la possibilità di pubblicare l'evidenza della carenza rimasta vacante dei posti offerti, consentendo la conoscenza di tale disponibilità a tutti i medici sul territorio nazionale. Il sistema prevede che la Regione o il soggetto da questa individuato per la procedura, renda altresì evidente sul proprio sito web la data di pubblicazione da parte della SISAC. Da tale data decorre il termine di 30 giorni per la presentazione delle domande, in regola con la vigente normativa sul bollo, da parte dei medici, purché costoro non siano titolari di altro incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale. La domanda viene trasmessa dai medici interessati alla Regione o al soggetto da questa individuato che procede alla valutazione secondo uno specifico ordine di priorità. Vengono prioritariamente valutate le domande dei medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni (**lett. a)**) i quali sono graduati fra loro sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza; in caso di parità di punteggio prevale la minore età, il voto di laurea, ed infine l'anzianità di laurea. In seguito vengono valutate le domande dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (**lett. b)**) i quali sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea. All'atto dell'interpello tra i medici di cui alla **lett. b)** si assegna priorità ai medici residenti nel territorio aziendale, successivamente in Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al fine di semplificare le procedure la Regione o il soggetto da questa individuato indica sin dall'avviso di pubblicazione degli incarichi vacanti la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità definite dalla stessa Regione, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 gior-

ni. Il **comma 16** prevede che tali modalità e termini si applichino anche per la procedura definita al precedente **comma 15**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 17** è chiarito che il medico interpellato, deve a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta ovvero rinunciare all'assegnazione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 18** prevede che la mancata presentazione all'atto dell'interpello, da parte del medico, costituisce rinuncia all'incarico, fatto salvo il caso del medico impossibilitato a presentarsi il quale può dichiarare, secondo le modalità definite dalla Regione ovvero qualora la Regione non abbia definito una modalità specifica attraverso un telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali ha presentato domanda. In questa ipotesi al medico viene attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 19** è chiarito che il medico che accetta l'incarico in forza di un trasferimento decade dall'incarico di provenienza. E' stabilito altresì che in quest'ultimo caso il medico debba comunque garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso disposto dall'art. 19, comma 1, lett. c) del vigente ACN (un mese). La clausola sancisce infine che la rinuncia o la decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

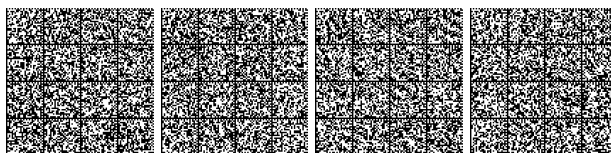
Il **comma 20** dispone in merito alle questioni inerenti le eventuali incompatibilità ancora sussistenti. In particolare si precisa che il medico debba rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica all'atto dell'assegnazione dell'incarico. Qualora sussistano eventuali situazioni di incompatibilità (cfr. art. 17 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.), esse debbono essere risolte all'atto di assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 21** riporta le formalità procedurali in carico alle Regioni o al soggetto da queste individuato, all'espletamento della assegnazione degli incarichi. Viene effettuato l'invio degli atti alle Aziende interessate alla presa in carico del rapporto di lavoro da instaurare ed in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione si dispone la comunicazione all'Azienda di provenienza dell'accettazione dell'incarico anche ai fini di dare seguito alle previste decadenze di cui al **comma 19**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel caso di assegnazione di incarico di continuità assistenziale ad un medico già titolare di incarico di assistenza primaria in altra Regione, il **comma 22** prevede che sia comunicato all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento del nuovo incarico per consentire a quest'ultima la verifica di eventuali situazioni di incompatibilità e i conseguenti effetti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 23** si stabilisce che terminata la procedura di cui ai commi precedenti l'Azienda conferisca definitivamente l'incarico a tempo indeterminato con provvedimento del Direttore Generale, da comunicare all'interessato con lettera raccomandata A/R, indicando in essa il termine di inizio dell'attività da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Come clausola di chiusura delle procedure di assegnazione degli incarichi nell'ambito della continuità assistenziale, il **comma 24** prevede comunque la possibilità per la Regione, o soggetto da questa individuato, esperite le procedure di cui ai **commi 1** e **15**, di procedere per sopravvenute esigenze straordinarie, alla pubblicazione in corso d'anno di ulteriori avvisi per l'assegnazione di incarichi vacanti. Si applicano anche in tal caso le medesime procedure ed i medesimi termini previsti nell'articolo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 6 – *Procedure per l'assegnazione di incarichi di continuità assistenziale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 7 – Assegnazione degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di emergenza sanitaria territoriale, l'integrale sostituzione dell'**art. 92** dell'ACN 23 marzo 2005 e smi.
Tale comma, analogamente a quanto già esposto agli **artt. 5 e 6** dell' ACN in esame, apporta diverse novità derivanti dalla decisione del Comitato di Settore assunta nell'atto di indirizzo di agevolare il ricambio generazionale, favorendo l'accesso dei medici agli incarichi di cui trattasi attraverso meccanismi e procedure che consentono la spendibilità del titolo acquisito o in corso di acquisizione al momento della disponibilità effettiva degli incarichi.

ANALISI DELL'**ARTICOLO 92** (SOSTITUITO)

Al **comma 1** si stabilisce che l'Azienda proceda alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale per individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel **comma 2** è stabilito che, una volta individuata la vacanza d'incarico, l'Azienda ne dia comunicazione alla Regione, o soggetto da questa individuato, ai fini della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 3** prevede che gli incarichi vacanti, come individuati nel precedente **comma 1**, siano pubblicati dalla Regione, o soggetto da questa individuato, sul Bollettino Ufficiale entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** prevede che i medici interessati presentino entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al **comma 3** alla Regione o al soggetto da questa individuato la domanda di assegnazione per uno o più incarichi vacanti, corredata del bollo secondo la normativa vigente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 5** definisce, come già previsto dal previgente Accordo collettivo nazionale, i soggetti che possono concorrere agli incarichi. Costoro sono rappresentati dai medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 96 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione

Il **comma 6** stabilisce, come già previsto dal previgente Accordo collettivo nazionale, che i soggetti di cui al precedente **comma 5** possono concorrere secondo l'indicato ordine, disponendo primariamente per i trasferimenti (**lett. a)**) ed in seguito per i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**lett. b)**). Per tali medici restano immutate le condizioni e le prescrizioni già indicate nel previgente ACN che vengono meramente revisionate dal punto di vista dell'esposizione lessicale per renderne maggiormente chiaro ed intellegibile il testo. Con riguardo alla **lett. b)** è ulteriormente definito un ordine di priorità che prevede che a parità di punteggio l'incarico venga affidato prima di tutti a coloro che sono già incaricati a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale presso la stessa Azienda (**punto I**), in secondo luogo ai medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale nell'ambito della Regione, premettendo i residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante (**punto II**) ed infine i medici inseriti nella graduatoria regionale con precedenza per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante (**punto III**). A queste due categorie sono aggiunti in ultima opzione (**lett. c)**) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Questi ultimi dovranno autocertificare il possesso del diploma all'atto della presentazione della domanda di cui al **comma 4**. Tale ultima lettera consente dunque a tutti coloro che per qualsiasi motivo (gravidanza, malattia, ecc...) abbiano ritardato la acquisizione del titolo oltre il termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (31 gennaio dell'anno precedente) e fino alla domanda di assegnazione degli incarichi (**comma 4**), di partecipare alle procedure di conferimento degli stessi. Tale

clausola, essendo di carattere meramente dispositivo e procedurale, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

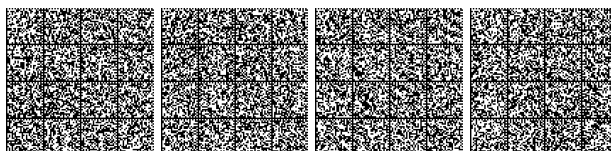
Il successivo **comma 7** precisa che i medici già titolari di incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possano partecipare solo per trasferimento. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Tra gli aspiranti, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 6, lett. a)**) sono graduati secondo il dettato del successivo **comma 8**, in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dagli incarichi della medicina generale ai sensi dell'art. 18, comma 1 del vigente ACN. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**comma 6, lett. b)**) sono graduati invece dal **comma 9** secondo il punteggio riportato nella graduatoria di cui all'art. 15, cui conseguono le priorità già riportate al **comma 6, lett. b)**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 10** prevede che, in caso di pari posizione, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 6, lett. a)**) siano graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Da ultimo, il **comma 11** determina i criteri di graduazione dei medici di cui al **comma 6, lettera c)** secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed infine l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 12** dispone in merito ai criteri di formulazione delle graduatorie per gli incarichi vacanti, stabilendo che vengano stilate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti e precisando che accanto a ciascun nominativo siano indicati gli incarichi per i quali abbia inoltrato domanda di assegnazione. Tale

clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 13** si disciplinano i criteri e l'ordine di interpello dei medici di cui al **comma 6**. Si precisa dunque che in primo luogo vengono interpellati i medici che concorrono per trasferimento (**lett. a)**), in seguito i medici in graduatoria (**lett. b)**) e infine i medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria (**lett. c)**). Questi ultimi sono interpellati avendo cura di assegnare priorità ai residenti nel territorio aziendale, quindi a quelli residenti in Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al fine di semplificare le procedure il **comma 14** prevede che la Regione o il soggetto da questa individuato indichi sin dall'avviso di pubblicazione degli incarichi vacanti la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità definite dalla stessa Regione, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 giorni. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 15** prevede che la mancata presentazione all'atto dell'interpello, da parte del medico, costituisce rinuncia all'incarico, fatto salvo il caso del medico impossibilitato a presentarsi il quale può dichiarare, secondo le modalità definite dalla Regione ovvero qualora la Regione non abbia definito una modalità specifica attraverso un telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali ha concorso. In questa ipotesi al medico viene attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

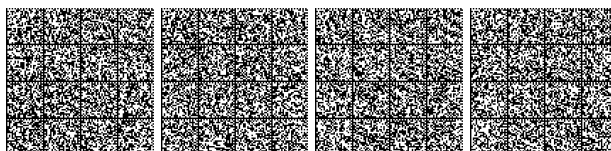
Con il **comma 16** è chiarito che il medico che accetta l'incarico in forza di un trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La clausola sancisce infine che la rinuncia o la decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 17** dispone in merito alle questioni inerenti le eventuali incompatibilità ancora sussistenti. In particolare si precisa che il medico debba rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica all'atto dell'assegnazione dell'incarico. Qualora sussistano eventuali situazioni di incompatibilità (cfr. art. 17 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.), esse debbono essere risolte all'atto di assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 18** riporta le formalità procedurali in carico alle Regioni o al soggetto da queste individuato, all'espletamento della assegnazione degli incarichi. Viene effettuato l'invio degli atti alle Aziende interessate alla presa in carico del rapporto di lavoro da instaurare ed in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione si dispone la comunicazione all'Azienda di provenienza dell'accettazione dell'incarico anche ai fini di dare seguito alle previste decadenze di cui al **comma 16**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 19** si stabilisce che terminata la procedura di cui ai commi precedenti l'Azienda conferisca definitivamente l'incarico a tempo indeterminato con provvedimento del Direttore Generale, da comunicare all'interessato con lettera raccomandata A/R, indicando in essa il termine di inizio dell'attività da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 20** prevede che nell'ambito degli accordi aziendali vengano definiti i criteri di mobilità intraaziendale da attuare prima della pubblicazione degli incarichi. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 21** ripropone quanto già previsto dal previgente ACN (art. 92, comma 11) in merito alla ricollocazione nelle centrali operative e/o nei presidi fissi emergenza e/o nei DEA/PS dei medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi di soccorso. Tale inidoneità è valutata dalla commissione sanitaria, ove prevista,

ovvero, ai sensi della legislazione vigente (L. 626/94 come modificata ed integrata dal D.lgs. 81/2008), dal medico competente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

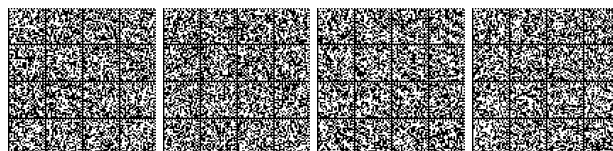
Infine il **comma 22** dispone analogamente al previgente ACN che le Regioni, previa valutazione del fabbisogno di operatori, organizzino almeno una volta all'anno i corsi specifici di idoneità all'emergenza. Le stesse Regioni definiscono i criteri di accesso e le modalità di effettuazione dei corsi. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 7 – *Assegnazione degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 8 – Modifiche all'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

L'articolo in esame introduce alcune puntuali variazioni al testo dell' ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. allo scopo di adeguarlo alla normativa vigente, di chiarirne i contenuti e di renderlo coerente con le clausole introdotte dall'Accordo in esame.

Il **comma 1** sostituisce nell'articolo 17, comma 2, dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i la **lett. b)** precisando l'incompatibilità per coloro che fruiscano del trattamento di invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

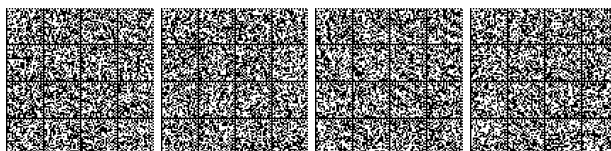
Al **comma 2** si modifica il contenuto dell'art. 17, comma 2, **lett. f)** dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i precisando l'incompatibilità per coloro che fruiscono del trattamento di quiescenza ai sensi della normativa vigente ed escludendo da tale incompatibilità solo coloro che beneficiano delle esclusive prestazioni previdenziali della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Per i successivi **commi 3, 4, 5, 6, 7** si dispone meramente l'abrogazione del riferimento al comma 12 del previgente art. 15 in quanto l'Accordo in esame disciplina con nuova numerazione le graduatorie di disponibilità (cfr. **art. 2** dell'Accordo in esame). Per il **comma 4** la decorrenza della sostituzione avviene a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tali clausole non generano oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

A partire dall'entrata in vigore dell'**art. 7** dell'ACN in esame, nei successivi **commi 8 e 9** è meramente modificato il rinvio numerico del comma nel quale è richiamato l'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza (da oggi **comma 5**). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 10** si sostituisce meramente con un richiamo esplicito il rinvio contenuto nella norma finale n. 2. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 11** si prevede che a partire dell'entrata in vigore dell'**art. 6** dell'Accordo in esame, il richiamo del comma dell'art. 63 contenuto nella norma finale n. 6 dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i. venga adeguato in ragione della modifiche apportate alla numerazione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 12** si sostituisce meramente con un richiamo esplicito il rinvio contenuto nella norma finale n. 9 dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 13** si dispone l'abrogazione della norma finale n. 5 dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tale abrogazione è disposta in ragione dell'esplicitazione dei criteri di priorità ai fini della formulazione delle graduatorie di disponibilità già contenuti all'interno dell'art. 15 come rivisto dall'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 14** si dispone l'abrogazione della norma transitoria n. 4 dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tale abrogazione è disposta in ragione dell'esplicitazione dei criteri di priorità ai fini della formulazione delle graduatorie di disponibilità già contenuti all'interno dell'art. 15 come rivisto dall'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 15** si prevede che a partire dell'entrata in vigore dell'**art. 5** dell'Accordo in esame, il richiamo del comma dell'art. 34 contenuto nella norma transitoria n. 10 dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i. venga adeguato in ragione della modifiche apportate alla numerazione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 16** infine si dispone l'abrogazione di ogni riferimento alle graduatorie di settore contenuto nell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i. a far data dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Questo riferimento, a decorrere da quella data, è da intendersi alle graduatorie uniche regionali. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 8 – *Modifiche ACN 23 marzo 2005 s.m.i.* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 9 - Arretrati

Con l'articolo in esame si definiscono le risorse economiche riferibili agli anni 2010 – 2017. Allo scopo di agevolare l'intelligibilità della seguente parte della Relazione, in particolare riferimento alle stime economiche, l'esposizione è suddivisa in due sezioni, ciascuna esplicativa della parte di finanziamento in cui vengono ripartite le complessive disponibilità della contrattazione, i cui titoli si riassumono di seguito:

1) arretrati riferiti agli anni 2010-2015 – tali risorse sono, come detto nella parte generale della presente relazione tecnica, riferibili ai riconoscimenti

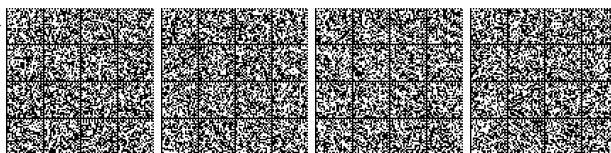
economici connessi all'erogazione dell'Indennità di Vacanza Contrattuale (IVC) già erogata in favore dei dipendenti pubblici a far data dal 2010;

2) arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 dalle disposizioni contenute nelle leggi di bilancio disposte dal Legislatore; tali incrementi assorbono le risorse riferite all'I.V.C.

Ciò per evidenziare il rispetto del vincolo delle risorse assegnate in relazione ai singoli periodi in riferimento. Il rispetto dei valori complessivi è invece già stato illustrato nella prima parte della presente relazione tecnica e ad essa si rinvia.

Con il **comma 1** si precisa appunto la presa d'atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e si ribadisce la scelta di addivenire alla sottoscrizione dell'ACN in esame "*in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018*". Si precisa dunque che le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN), per medici di medicina generale a quota capitaria e a quota oraria (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi), da erogarsi secondo quanto riportato nei prospetti ed i valori riprodotti nell'articolato. Viene infine precisato che i valori riportati nell'ACN sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

SEZIONE 1 - arretrati riferiti agli anni 2010-2015

Vengono introdotte le tabelle di calcolo degli arretrati con i dati riferiti agli anni 2010 - 2015. Tale introduzione comporta l'assunzione di oneri diretti e indiretti stimati, in riferimento agli arretrati per il 2010-2015 secondo le seguenti tabelle:

arretrati Assistenza Primaria

(rif. TABELLA A1)

Si esprime il valore per assistito riferito a ciascun anno. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati dell'Assistenza Primaria riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **171.340.736** così determinata:

TABELLA n. 17 Medicina generale - Assistenza primaria - costo effettivo 2010-2015.

Medicina generale - Assistenza primaria	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per assistito)	€ 0,35	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52
n. assistiti al 01/01/2010	52.622.066	52.622.066	52.622.066	52.622.066	52.622.066	52.622.066
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 18.417.723	€ 27.363.474	€ 27.363.474	€ 27.363.474	€ 27.363.474	€ 27.363.474
ENPAM (10,375%)	€ 1.910.839	€ 2.838.960	€ 2.838.960	€ 2.838.960	€ 2.838.960	€ 2.838.960
costo effettivo totale riconosciuto	€ 20.328.562	€ 30.202.435	€ 30.202.435	€ 30.202.435	€ 30.202.435	€ 30.202.435

arretrati Continuità Assistenziale

(rif. TABELLA B1)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati della Continuità Assistenziale riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **22.912.086** così determinata:

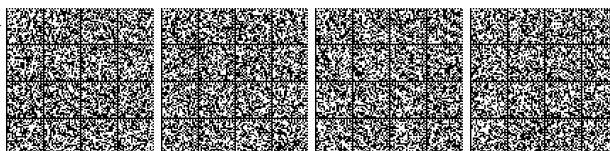



TABELLA n. 18 Medicina generale – Continuità Assistenziale - costo effettivo 2010-2015.

Medicina generale - Continuità Assistenziale	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,11	€ 0,17	€ 0,17	€ 0,17	€ 0,17	€ 0,17
n. ore al 01/01/2010	20.166.786	20.166.786	20.166.786	20.166.786	20.166.786	20.166.786
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 2.218.346	€ 3.428.354	€ 3.428.354	€ 3.428.354	€ 3.428.354	€ 3.428.354
ENPAM (10,375%)	€ 230.153	€ 355.692	€ 355.692	€ 355.692	€ 355.692	€ 355.692
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 177.010	€ 273.561	€ 273.561	€ 273.561	€ 273.561	€ 272.104
costo effettivo totale riconosciuto	€ 2.625.510	€ 4.057.606	€ 4.057.606	€ 4.057.606	€ 4.057.606	€ 4.056.149

<u>arretrati Medicina dei Servizi Territoriali</u>

<u>(rif. TABELLA C1)</u>

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati della Medicina dei Servizi Territoriali riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **2.125.971** così determinata:

TABELLA n. 19 Medicina generale – Medicina dei Servizi Territoriali - costo effettivo 2010-2015.

Medicina generale - Medicina dei servizi territoriali	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,12	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18
n. ore al 01/01/2010	1.711.712	1.711.712	1.711.712	1.711.712	1.711.712	1.711.712
costo effettivo al netto ENPAM (14,16%)	€ 205.405	€ 308.108	€ 308.108	€ 308.108	€ 308.108	€ 308.108
ENPAM (14,16%)	€ 29.085	€ 43.628	€ 43.628	€ 43.628	€ 43.628	€ 43.628
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 15.654	€ 23.481	€ 23.481	€ 23.481	€ 23.481	€ 23.219
costo effettivo totale riconosciuto	€ 250.145	€ 375.218	€ 375.218	€ 375.218	€ 375.218	€ 374.956

arretrati Emergenza Sanitaria Territoriale

(rif. TABELLA D1)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati della Emergenza Sanitaria Territoriale riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **7.080.762** così determinata:

TABELLA n. 20 Medicina generale – Emergenza Sanitaria Territoriale - costo effettivo 2010-2015.

Medicina generale - Emergenza sanitaria territoriale	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,12	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18
n. ore al 01/01/2010	5.865.743	5.865.743	5.865.743	5.865.743	5.865.743	5.865.743
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 703.889	€ 1.055.834	€ 1.055.834	€ 1.055.834	€ 1.055.834	€ 1.055.834
ENPAM (10,375%)	€ 73.029	€ 109.543	€ 109.543	€ 109.543	€ 109.543	€ 109.543
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 56.166	€ 84.249	€ 84.249	€ 84.249	€ 84.249	€ 83.800
costo effettivo totale riconosciuto	€ 833.084	€ 1.249.625	€ 1.249.625	€ 1.249.625	€ 1.249.625	€ 1.249.177

Al **comma 2** si dispone che per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), per la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici e per la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali, siano corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017). Si precisa che tali risorse sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

SEZIONE 2 - arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017

Vengono introdotte le tabelle di calcolo degli arretrati con i dati riferiti agli anni 2016 - 2017. L'onere include ed assorbe le risorse pari all'I.V.C. Tale introduzione comporta l'assunzione di oneri diretti e indiretti stimati, in riferimento agli arretrati per il 2016-2017 secondo le seguenti tabelle:

arretrati Assistenza Primaria

(rif. TABELLA A2)

Si esprime il valore per assistito riferito a ciascun anno. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati dell'Assistenza Primaria riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **118.806.166** così determinata:

TABELLA n. 21 Medicina generale - Assistenza primaria - costo effettivo 2016-2017.

Medicina generale - Assistenza primaria	2016	2017
costo effettivo (quota annua per assistito)	€ 0,77	€ 1,28
n. assistiti al 01/01/2016	52.506.661	52.506.661
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 40.430.129	€ 67.208.526
ENPAM (10,375%)	€ 4.194.626	€ 6.972.885
costo effettivo totale riconosciuto	€ 44.624.755	€ 74.181.411

arretrati Continuità Assistenziale

(rif. TABELLA B2)

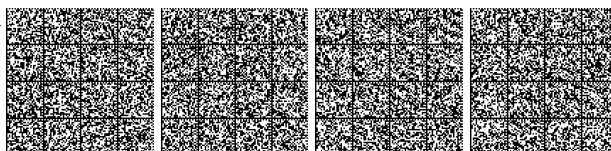
Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *su-*

pra tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati della Continuità Assistenziale riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **16.095.972** così determinata:

TABELLA n. 22 Medicina generale – Continuità Assistenziale - costo effettivo 2016-2017.

Medicina generale - Continuità Assistenziale	2016	2017
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,24	€ 0,41
n. ore al 01/01/2016	20.954.854	20.954.854
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 5.029.165	€ 8.591.490
ENPAM (10,375%)	€ 521.776	€ 891.367
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 394.884	€ 667.290
costo effettivo totale riconosciuto	€ 5.945.825	€ 10.150.148

arretrati Medicina dei Servizi Territoriali

(rif. TABELLA C2)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati della Medicina dei Servizi Territoriali riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **1.514.028** così determinata:

TABELLA n. 23 Medicina generale – Medicina dei Servizi Territoriali - costo effettivo 2016-2017.

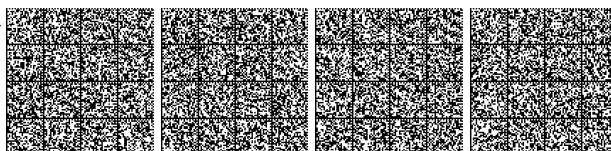
Medicina generale - Medicina dei servizi territoriali	2016	2017
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,25	€ 0,43
n. ore al 01/01/2016	1.831.655	1.831.655
costo effettivo al netto ENPAM (14,16%)	€ 457.914	€ 787.612
ENPAM (14,16%)	€ 64.841	€ 111.526
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 34.120	€ 58.016
costo effettivo totale riconosciuto	€ 556.874	€ 957.154

arretrati Emergenza Sanitaria Territoriale

(rif. TABELLA D2)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati della Emergenza Sanitaria Territoriale riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **4.941.132** così determinata:

TABELLA n. 24 Medicina generale – Emergenza Sanitaria Territoriale - costo effettivo 2016-2017.

Medicina generale - Emergenza sanitaria territoriale	2016	2017
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,26	€ 0,44
n. ore al 01/01/2016	5.973.220	5.973.220
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 1.553.037	€ 2.628.217
ENPAM (10,375%)	€ 161.128	€ 272.677
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 121.943	€ 204.130
costo effettivo totale riconosciuto	€ 1.836.107	€ 3.105.025

Al **comma 3** viene ribadito che gli importi da corrispondere ai medici di assistenza primaria sono riconosciuti nel limite del massimale e delle eventuali scelte in deroga acquisite ai sensi dell'art. 40 dell'ACN per ciascun anno di riferimento. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 4** viene ribadito che gli importi da corrispondere ai medici remunerati a quota oraria (continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale) sono riconosciuti in funzione delle ore di servizio svolte per ciascun anno di riferimento. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I **commi 5** e **6** attengono esclusivamente alla determinazione dei tempi di corresponsione degli arretrati prevedendo rispettivamente che quelli derivanti dal **comma 1** dell'articolo siano erogati entro giorni 60 dall'entrata in vigore dell'Accordo in esame e quelli derivanti dal **comma 2** siano erogati entro giorni 90 dall'entrata in vigore dell'Accordo in esame. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 9 – *Arretrati* genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione pari ad euro **344.816.851** come rappresentato nelle tabelle 13 e 14 e riepilogato nella seguente tabella 25.

TABELLA n. 25 Medicina generale – costo effettivo 2010-2017.

MEDICINA CONVENZIONATA	costo effettivo 2010-2015	costo effettivo 2016-2017	costo effettivo 2010-2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 203.459.554**	**€ 141.357.297**	**€ 344.816.851**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 171.340.736	€ 118.806.166	€ 290.146.901
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 22.912.086	€ 16.095.972	€ 39.008.058
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 2.125.971	€ 1.514.028	€ 3.639.998
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 7.080.762	€ 4.941.132	€ 12.021.894

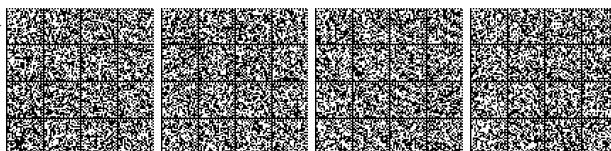
ART. 10 – Entrata in vigore dell'Accordo e rappresentatività a livello decentrato.

Al **comma 1** si ribadisce che ai sensi delle disposizioni vigenti l'Accordo in esame entri in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento (Intesa) della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Come già indicato nelle premesse della presente relazione, il **comma 2** si occupa di ribadire che l'Accordo in esame integra e sostituisce, ove espressamente previsto, l'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. nelle more della definitiva sottoscrizione dell'intero ACN riferibile al triennio 2016-2018 (economico e normativo). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 3** ripropone le regole di rappresentatività sindacale derivanti dalla normativa e dall'Accordo vigenti. Pertanto le organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo in esame, in possesso dei requisiti di rappresentatività a livello nazionale di cui all'art. 22 comma 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** infine nel ribadire quanto già espresso dalla normativa e dall'Accordo vigenti, chiarisce che gli Accordi Attuativi Aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 10 – *Entrata in vigore dell'Accordo e rappresentatività a livello decentrato* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione

ART. 11 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale.

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. l'**Allegato 1**.

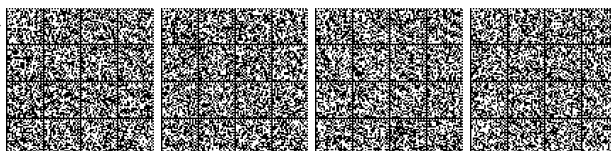
Ai fini della presente relazione si precisa che viene introdotto con l'Accordo in esame un allegato che introduce particolari innovazioni sul piano della regolamentazione di settore.

Allegato 1 - Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale

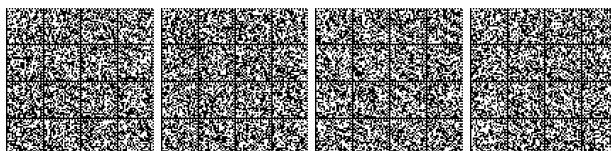
In ossequio alle disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni si è reso necessario, anche in questo settore afferente all'ambito dei servizi pubblici essenziali, redigere un accordo specifico di regolamentazione del diritto di sciopero da sottoporre alla approvazione della Commissione di Garanzia dell'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali. Il testo integra quindi tutte le necessarie disposizioni pattizie richieste dalla Commissione ed è stato già inoltrato alla stessa per la validazione. L'accordo è stato concordato e sottoscritto dalle parti in data 29 marzo 2018.

L'intero articolo 11 – *Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Norma transitoria n. 1

La **norma transitoria n. 1** ripropone per l'anno 2018 la possibilità per i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale dopo il 31 gennaio la possibilità di inserimento nella graduatoria regionale per l'anno 2019 presentando domanda entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dell'autocertificazione del titolo di formazione specifico in medicina generale nel frattempo acquisito e deve contenere i titoli accademici e di

servizio eventualmente posseduti alla data del 31 dicembre 2017. Tale clausola si rende necessaria per anticipare gli effetti della procedura tesa a favorire l'accesso in graduatoria dei medici che nel frattempo abbiano acquisito il titolo di formazione. La norma esplicherà, ovviamente, i suoi effetti qualora l'entrata in vigore dell'Accordo in esame avvenga entro l'anno 2018. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Norma transitoria n. 2

La medesima *ratio* che ha indotto a definire a norma transitoria n. 1 finalizzata ad agevolare e ad anticipare l'accesso in graduatoria dei medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale dopo la data del 31 gennaio 2018 dispone la definizione anche della successiva **norma transitoria n. 2**. In attesa dell'entrata in vigore degli **articoli 5, 6 e 7** dell'Accordo in esame, anche per le procedure di assegnazione degli incarichi vacanti pubblicati sul Bollettino Ufficiale dalla Regione o dal soggetto da questa individuato, è consentita la partecipazione ai medici che abbiano acquisito il titolo successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. In carenza di procedure specifiche definite nell'Accordo, la stessa **norma transitoria n. 2** dispone che tali medici concorrano secondo le procedure vigenti successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria valida per l'anno in corso. Costoro saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea. Anche in tal caso si dispone priorità d'interpello per i residenti nell'ambito carente (assistenza primaria) o nel territorio aziendale (incarichi orari) e successivamente, i residenti nella Regione ed infine fuori Regioni. Anche in questo caso il possesso del diploma deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione agli ambiti territoriali carenti o agli incarichi vacanti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Dichiarazione congiunta n. 1

Tra gli intenti comuni le parti assumono la necessità di ribadire la necessaria priorità di garantire adeguati livelli di sicurezza per i medici di continuità assistenziale. A tal fine si concorda sulla importanza che l'attività ambulatoriale, sentito il comitato aziendale di cui all'art. 23 del vigente ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., venga svolta solo presso sedi idonee e che nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con quanto stabilito dalla programmazione regionale, vengano definite le modalità organizzative per la regolamentazione del libero accesso dei pazienti in orari diurni e serali i quali debbono essere prestabiliti e divulgati ai cittadini che ne fruiranno. Tale dichiarazione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

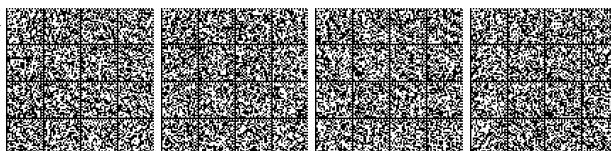
Dichiarazione congiunta n. 2

Le parti concordano altresì sull'utilità, da valutare ad opera della Regione, che le graduatorie regionali consentano di individuare lo stato occupazionale dei medici. Ciò allo scopo di agevolare e rendere palese il riscontro di eventuali situazioni di incompatibilità o di interesse a mantenere l'iscrizione e/o a concorrere agli incarichi. Dal punto di vista delle amministrazioni tale accortezza consentirebbe di evidenziare la necessità occupazionale degli iscritti in graduatoria. Tale dichiarazione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Dichiarazione congiunta n. 3

La dichiarazione si ricollega al contenuto dell'art. 1, lett. c) dell'ACN in esame il quale prevede la possibilità di coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate alla fattispecie dell'accesso improprio al pronto soccorso. In tali casi con la **dichiarazione congiunta n. 3** si auspica che nell'ambito degli AAIIRR, si possa prevedere la fornitura di fattori di produzione per lo svolgimento di tale attività diagnostica di primo livello attraverso società di servizio anche cooperative. Si segnala che l'ACN già prevede in merito che tali società di servizio non possano fornire prestazioni sanitarie e che possano assicurare esclusivamente beni e servizi ai medici convenzionati. Tale dichiarazione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

INDICE DELLE TABELLE
Tabella 1 - Numero medici al 01/01/2016
Tabella 2 - Numero scelte e numero ore remunerate, stime anno 2007 (ACN biennio 2008-2009)
Tabella 3 - Costo biennio economico 2008-2009 inclusivo dell'aumento contrattuale 3,2%
Tabella 4 - Numero scelte e numero ore remunerate, anno 2009 (01/01/2010)
Tabella 5 - Costo base anno 2009
Tabella 6 - Numero scelte e numero ore remunerate, anno 2015 (01/01/2016)
Tabella 7 - Costo base anno 2015
Tabella 8 - Costo base anno 2009, costo base anno 2015 e confronto CE
Tabella 9 - disponibilità percentuali anni 2010-2015 e triennio 2016-2018
Tabella 10 - disponibilità percentuali accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2017
Tabella 11 - disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 12 - disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017 - valori in ml di €
Tabella 13 - costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 14 - costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017 - valori in ml di €
Tabella 15 - differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 16 - differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016 e 2017 - valori in ml di €
Tabella 17 - Medicina generale - Assistenza primaria - costo effettivo 2010-2015
Tabella 18 - Medicina generale - Continuità Assistenziale - costo effettivo 2010-2015
Tabella 19 - Medicina generale - Medicina dei servizi territoriali - costo effettivo 2010-2015
Tabella 20 - Medicina generale - Emergenza sanitaria territoriale - costo effettivo 2010-2015
Tabella 21 - Medicina generale - Assistenza primaria - costo effettivo 2016-2017
Tabella 22 - Medicina generale - Continuità Assistenziale - costo effettivo 2016-2017
Tabella 23 - Medicina generale - Medicina dei servizi territoriali - costo effettivo 2016-2017
Tabella 24 - Medicina generale - Emergenza sanitaria territoriale - costo effettivo 2016-2017
Tabella 25 - Medicina generale - costo effettivo 2010-2017

18A05130

INTESA 21 giugno 2018.

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta - triennio 2016-2018. (Rep. atti n. 113/CSR).

LA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 21 giugno 2018;

Vista la legge 26 maggio 2004, n. 138 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, che all'art. 2-*nonies* dispone che l'accordo collettivo nazionale concernente il personale sanitario a rapporto convenzionale è reso esecutivo con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni;

Visto l'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013 avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (Rep. Atti n. 164/CSR);

Vista la nota del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 7 giugno 2018 con la quale ha comunicato che fra la Struttura tecnica interregionale sanità convenzionata - SISAC, istituita dall'art. 52, comma 27, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e le Organizzazioni sindacali è stata sottoscritta l'ipotesi di accordo indicato in oggetto ed ha trasmesso copie dei seguenti documenti:

ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta - triennio 2016-2018 (sottoscritta in data 28 marzo 2018) e relativa relazione tecnico-illustrativa e tecnico-finanziaria;

parere favorevole reso dal Comitato di settore del comparto Regioni-Sanità in data 10 maggio 2018;

nota del 30 maggio 2018 con la quale la Corte dei conti ha comunicato che, le Sezioni riunite della medesima Corte in sede di controllo hanno deliberato la certificazione positiva sulla predetta ipotesi di accordo, con le osservazioni contenute nell'allegato alla deliberazione in corso di deposito;

nota del 27 aprile 2018 attestante il parere positivo formulato dalla Ragioneria generale dello Stato;

Considerato che nell'inviare la documentazione sopra indicata, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, ha chiesto l'iscrizione dell'argomento all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni, per acquisire l'intesa prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013;

Vista la nota del 12 giugno 2018 dell'Ufficio di segreteria di questa Conferenza con la quale è stata diramata l'ipotesi di accordo collettivo;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole all'intesa sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta - triennio 2016-2018, allegato A, al presente atto;

Acquisito l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

Sancisce intesa

sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta - triennio 2016-2018, che in allegato A al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Roma, 21 giugno 2018

Il Presidente: STEFANI

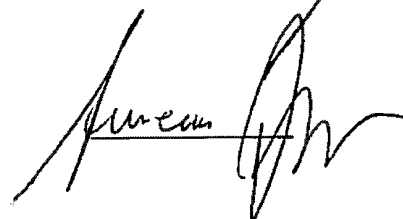
Il segretario: NADDEO

ALLEGATO *A*

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

In data 28 marzo 2018 alle ore 15:15 ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta ai sensi dell'articolo 8 del d.lgs., n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Vincenzo Pomo

e le seguenti organizzazioni sindacali:

FIMP

SIMPEF

FEDERAZIONE CIPE-SISPE-SINSPE

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 luglio 2004;

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'articolo 1, comma 470 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Vista la Legge 11 dicembre 2016, n. 232;

Visto l'articolo 1, comma 683 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto l'articolo 9-quater del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2015, n. 125;

Visto il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il D.P.C.M. 27 febbraio 2017;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 189/CSR del 28 ottobre 2010, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute".

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

INDICE

PREMESSA

Il presente ACN viene sottoscritto in attesa di concludere entro l'anno la contrattazione del triennio 2016-2018 (economico e normativo). In considerazione dell'attuale contesto normativo, il presente Accordo affronta alcune priorità emerse nel corso della trattativa, già oggetto delle linee di indirizzo, che richiedono una soluzione negoziale particolarmente tempestiva.

Tali priorità attengono in particolare alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), alla necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei pediatri che si prospetta nel prossimo quinquennio e alla regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali. Con il presente ACN vengono altresì definite le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.

ART. 1 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE

1. La programmazione regionale finalizzerà gli AAIIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

   a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.).* Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta alla presa in carico degli assistiti affetti da malattie rare o croniche e ad alta complessità per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

   b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019.* La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e, ove necessario, nell'ambito degli AAIIRR prevedono una attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.

   c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO.* L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei pediatri di libera scelta e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.

   d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA.* Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la partecipazione dei pediatri di libera scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti.

ART. 2 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI

1. A partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo, l'articolo 15 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività previste dal presente Accordo sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure tese allo snellimento burocratico ed al rispetto dei tempi.

2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 17, comma 1, lettere f) e j) e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti:

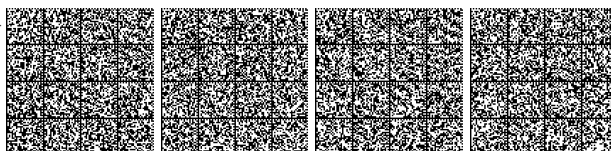
a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;

b) iscrizione all'Albo professionale;

c) diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 6.

3. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

4. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i pediatri di cui al comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente oltre al punteggio per il titolo di cui al comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere rinnovata di anno in anno e deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'Allegato 1. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il pediatra esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di cui al comma 7.

5. L'amministrazione regionale, o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'Allegato 1, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito.

6. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

7. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

b) pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

8. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 7, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 4, ultimo capoverso. I pediatri di cui al precedente comma, lettera b) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

9. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei pediatri aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti."

ART. 3 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO

1. L'articolo 31 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 31 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO.

1. L'esercizio del diritto di sciopero, le prestazioni indispensabili e le loro modalità di erogazione e quanto altro previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, sono regolamentati secondo quanto previsto dall'Allegato 2 del presente Accordo, recante l'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta."

ART. 4 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI

1. A partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta, l'articolo 33 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 33 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI.

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 32.

2. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale ed eventualmente indicare una modalità articolata.

3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 (tre) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, il pediatra può chiedere all'Azienda di rimuovere tale vincolo in caso di pubblicazione di una nuova zona carente nell'ambito di scelta. Al momento del rilevamento della zona carente, l'Azienda, sentito il pediatra interessato, indica la sede da lui lasciata vacante come sede di pubblicazione della nuova zona carente. Lo spostamento dello studio può aver luogo esclusivamente con l'inizio dell'attività convenzionale del nuovo inserito.

4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più ambiti territoriali carenti.

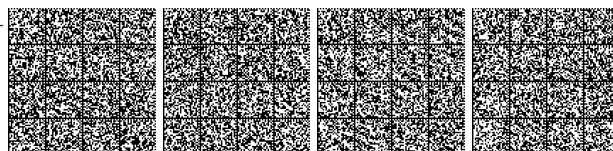
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine:

a) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;

b) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;

c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4.

6. I pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

7. I pediatri di cui al comma 5, lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;

b) punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

c) punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

8. I pediatri di cui al comma 5, lettera d) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

9. In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

10. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli ambiti per cui concorre.

11. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella secondo il seguente ordine:

a) i pediatri di cui al comma 5, lettera a);

b) i pediatri di cui al comma 5, lettera b);

c) i pediatri di cui al comma 5, lettera c);

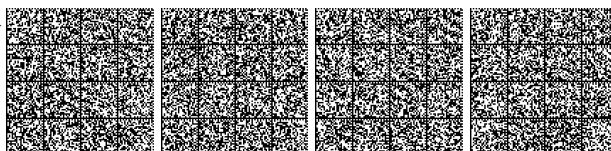
d) i pediatri di cui al comma 5, lettera d), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

12. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più ambiti territoriali rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli ambiti territoriali sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i pediatri interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei pediatri, purché non titolari di incarico a tempo indeterminato nell'ambito del SSN.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

a) pediatri inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;

b) pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza e in caso di pari punteggio prevalgono nell'ordine, la

anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e la minore età. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, con priorità di interpello per i pediatri residenti nell'ambito carente, in Azienda e successivamente nella Regione e fuori Regione.

13. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei pediatri con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui al comma 12.

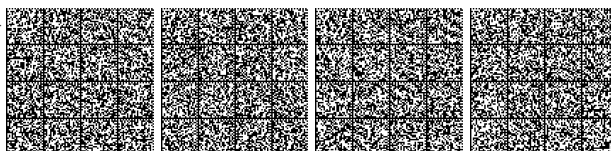
14. Il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico o rinunciare all'assegnazione.

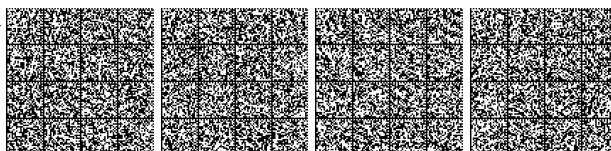
15. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.

16. Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

17. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il pediatra deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

18. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione di ambito territoriale carente, ai sensi del comma 5, lettera b), ad un pediatra proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 16.

19. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi 1 e 12, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo."

ART. 5 – MODIFICHE ALL'ACN 15 DICEMBRE 2005 E S.M.I.

1. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, è abrogato l'articolo 16 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. e la valutazione dei titoli avviene secondo i punteggi previsti dall'Allegato 1.
2. Nell'articolo 17, comma 1, la lettera f) dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è sostituita dalla seguente: "f) fruisca del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;".
3. Nell'articolo 17, comma 1, la lettera j) dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è sostituita dalla seguente: "j) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;".
4. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, nell'articolo 34, comma 3, primo alinea, dopo le parole "eventuali prescrizioni di cui all'articolo 33", le parole "comma 11" sono sostituite dalle parole "comma 2".
5. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, è abrogata la norma transitoria n. 8 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.

ART. 6 – ARRETRATI

1. Preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e considerata la scelta di addivenire alla sottoscrizione del presente ACN in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018, le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN), per i pediatri di libera scelta, da erogarsi secondo la seguente tabella e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

TABELLA A1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2010	0,67
arretrati 2011	0,99
arretrati 2012	0,99
arretrati 2013	0,99
arretrati 2014	0,99
arretrati 2015	0,99

2. Per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), per la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei pediatri e la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali, sono corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017) secondo la seguente tabella e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

TABELLA A2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2016	1,46
arretrati 2017	2,43

3. Gli arretrati di cui alla tabella A1 del comma 1 e alla tabella A2 del comma 2 sono corrisposti nel limite del massimale del pediatra di libera scelta e delle scelte in deroga acquisite secondo quanto previsto dall'articolo 38 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. nell'anno di riferimento.

4. Gli arretrati di cui al comma 1 del presente articolo sono corrisposti entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN.
5. Gli arretrati di cui al comma 2 del presente articolo sono corrisposti entro i 90 giorni successivi al termine di cui al comma precedente.

ART. 7 – ENTRATA IN VIGORE DELL'ACCORDO E RAPPRESENTATIVITÀ A LIVELLO DECENTRATO

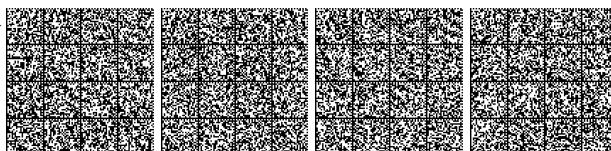
1. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Il presente Accordo nelle more della vigenza dell'ACN del triennio 2016-2018 (economico e normativo) integra e sostituisce, ove espressamente previsto, l'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.
3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività a livello nazionale di cui all'articolo 22, comma 6, dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Gli Accordi Attuativi Aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale.

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

I pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

Norma transitoria n. 2

Fino all'entrata in vigore dell'articolo 4 del presente Accordo, alle procedure per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti, pubblicati sul Bollettino Ufficiale dalla Regione o dal soggetto da questa individuato, è consentita la partecipazione anche ai pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. Tali pediatri concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e minore età, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda e successivamente nella Regione e fuori Regione. Il possesso del diploma di cui sopra deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione all'assegnazione degli ambiti carenti.

ALLEGATO 1 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.,

per ciascuna specializzazione: p. 4,00

b) specializzazione in disciplina affine alla pediatria ai sensi della tabella B del D.M. 31 gennaio 1998 e s.m.i.,

per ciascuna specializzazione: p. 2,00

c) specializzazione in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b),

per ciascuna specializzazione: p. 0,20

d) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):
complessivamente p. 0,50

e) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente europea per l'utilizzo del PC (ECDL):
complessivamente p. 0,25

II. TITOLI DI SERVIZIO:

a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 8, comma 1, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione,
per ciascun mese complessivo: p. 1,10

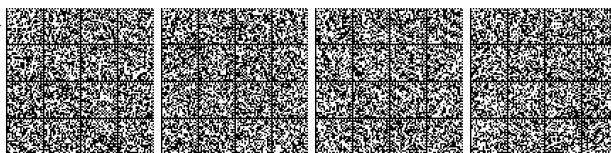
(per l'attività sindacale il mese corrisponde a 96 ore);

b) servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria,

per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,10

(per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore);

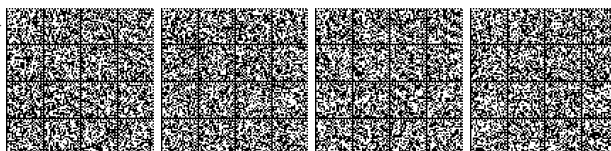
c) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo: p. 0,10

d) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,
per ciascun mese: p. 0,05

e) attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125; della Legge 10 luglio 1960, n. 735 e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430,

per ciascun mese complessivo: p. 0,10

f) attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono,

per ciascun mese complessivo: p. 0,05

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, le frazioni di mese superiori a 15 giorni (per l'attività sindacale superiore a 48 ore) sono valutate come mese intero.
3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante la scuola di specializzazione in pediatria o equipollente di cui all'articolo 15, comma 2, lettera c) non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere b) e c) del presente Allegato.
4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, anzianità di specializzazione, voto di specializzazione e minore età.
5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente Allegato.

ALLEGATO 2 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

1. Nell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è inserito il seguente:

"ALLEGATO 2 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i pediatri di libera scelta in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti secondo le previsioni del vigente ACN.
2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, indicando i livelli minimi essenziali di assistenza sanitaria territoriale e fissando i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli. Per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo si intendono applicate le disposizioni di legge di cui al presente comma.
3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.
4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, le prestazioni indispensabili di assistenza pediatrica da considerare essenziali nella presente area negoziale, per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati, sono le seguenti: visite domiciliari non differibili, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.
2. Le prestazioni minime indispensabili vengono erogate da ciascun pediatra convenzionato in riferimento ai propri assistiti in carico.

ART. 3

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca spontanea di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.
2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".
3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenute a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 4, comma 8.
4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:
   a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 2 (due) giorni continuativi. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;
   b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno i 3 (tre) giorni consecutivi. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare un giorno;
   c) lo sciopero dovrà essere proclamato per almeno una giornata lavorativa;
   d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono altresì escluse forme surrettizie di sciopero quali le assemblee permanenti o forme improprie di astensione dal lavoro;
   e) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre organizzazioni sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.
5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:
   - nel mese di agosto;

- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali, e comunali, per i singoli ambiti;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.
7. L'adesione allo sciopero comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.
8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dello sciopero medesimo.
9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai pediatri di libera scelta una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 58 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

ART. 4

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.
2. I soggetti incaricati di svolgere le procedure di conciliazione sono:
   a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;
   b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;
   c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.
3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle organizzazioni sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.
4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.

5. Il tentativo si considera altresì esplicato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.
6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.
7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.
8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.
9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.
10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 3, comma 5.

ART. 5

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.
2. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le necessità organizzative delle Aziende sanitarie, il pediatra convenzionato è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale, fatta eccezione per i pediatri iscritti alla Organizzazione Sindacale che ha proclamato lo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione."

RELAZIONE TECNICO - ILLUSTRATIVA DELL'IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA*

ACCORDO FINALIZZATO AGLI OBIETTIVI PRIORITARI ED URGENTI

DEL

TRIENNIO NORMATIVO ED ECONOMICO 2016-2018

*RELAZIONE REDATTA AI SENSI DEI COMMI 3, 4 E 5 DELL'ART. 47 E COMMA 3 DELL'ART. 48 D.LGS. 30 MARZO 2001, N. 165 E SMI.

INDICE

RELAZIONE ILLUSTRATIVA E DI COMPATIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

PARTE I – OBIETTIVI GENERALI

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEL TESTO CONTRATTUALE

I. PREMESSA.

Con l'entrata in vigore della Legge 8 novembre 2012, n. 189, norma di conversione del D.L 13 settembre 2012, n. 158 (Decreto Balduzzi), è stato riformato l'impianto normativo di riferimento del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN. In particolare sono state apportate modifiche, integrazioni ed abrogazioni sul testo vigente dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante disposizioni per il "riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

Le disposizioni introdotte modificano l'assetto dei vigenti Accordi Collettivi Nazionali e dei relativi accordi decentrati (regionali ed aziendali).

La riforma all'art. 1, comma 6, prevedeva che entro 180 (centottanta) giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, si provvedesse, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali con particolare riguardo ai principi di cui alle lettere: b-bis), b-ter), b-quater), b-quinquies), b-sexies), h), h-bis) e h-ter) dell'art. 8, comma 1, come modificato dalla stessa Legge 189/2012, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell'articolo 15, comma 25, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e delle disposizioni ivi richiamate.

Disponeva inoltre che entro i successivi novanta giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, fossero stipulati i relativi accordi regionali attuativi. Il termine previsto non è stato rispettato ma il 12 febbraio 2014 il Comitato di Settore per il Comparto Regioni-Sanità esitava l'atto di indirizzo originario che in pari data veniva inoltrato al Governo per acquisire il previsto parere ex art. 47, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Decorso il termine previsto (20 giorni) ed in considerazione dell'intervenuto silenzio-assenso del Governo, il Comitato trasmetteva alla SISAC in data 18 marzo 2014 l'atto di indirizzo "*al fine di dare avvio alle trattative con le OO.SS.*".

In data 26 marzo 2014, in ottemperanza alle disposizioni di funzionamento della Struttura (L. 289/2002, Accordo Stato-Regioni 5 dicembre 2013) la SISAC convocava il Comitato dei Rappresentanti delle Regioni e delle Province Autonome (organismo composto dai rappresentanti di tutte le Regioni e Province e dei Ministeri della Salute, del Lavoro e dell'Economia) che all'unanimità ratificava la piattaforma negoziale redatta sulla scorta dell'Atto di indirizzo ricevuto.

Esperite le procedure formali le controparti sindacali di tutti e tre i settori in rapporto di convenzionamento con il SSN (medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie - psicologi, biologi e chimici) venivano convocate congiuntamente in data 11 aprile 2014 per l'apertura delle trattative e per affrontare le questioni di carattere generale e metodologico cui attenersi nella contrattazione.

Seguivano incontri alternati ad interruzioni durante le quali le OO.SS., in particolare della medicina generale e della pediatria di libera scelta, chiedevano interlocuzioni con il Comitato di Settore del comparto Regioni Sanità allo scopo di dirimere preventivamente alcune loro preoccupazioni. Il Comitato si riuniva in più occasioni e nel frattempo alcune sigle sindacali proclamavano uno sciopero nazionale per il 19 maggio 2015. Le trattative dei due settori interessati (medicina generale e pediatria di libera scelta) si interrompevano.

Esplorata la volontà delle sigle rappresentative del settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità (Psicologi, biologi e chimici), ed acquisito il loro riscontro positivo, in data 14 maggio 2015 veniva convocato il tavolo negoziale del citato settore per intraprendere le trattative specifiche connesse al mandato ricevuto. L'ACN in questione per la sola parte normativa è stato sottoscritto dalle parti negoziali il 30 luglio 2015 e reso esecutivo, a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015 (cfr. Rep. Atti. 227/CSR del 17 dicembre 2015).

Per gli altri settori, segnatamente medicina generale e pediatria di libera scelta, le trattative restano interrotte anche per la parte normativa fino ad un nuovo intervento del Comitato di settore di comparto che, allo scopo di ridurre le distanze tra le parti negoziali demanda ai tecnici di verificare la possibilità di superare le criticità sulle quali si è arenata la trattativa elaborando un documento di interpretazione dell'atto di indirizzo.

Dopo una serie di vicissitudini molto travagliate il neoricostituito Comitato di Settore delibera, in data 13 aprile 2016 un "documento integrativo" che, in applicazione del sopravvenuto Patto della Salute 2014-2016, tiene fermo l'atto di indirizzo originario chiarendone alcuni contenuti precettivi. Il documento diviene esecutivo in forza dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs, 30 marzo 2001, n. 165 (silenzio assenso del Governo).

La SISAC, aderendo ad una richiesta propedeutica delle OO.SS. elabora e consegna una prima bozza integrale di AA.CC.NN. di settore che viene trasmessa alle controparti in data 1 giugno 2016. Seguono vari incontri tra le delegazioni al tavolo che consentono alla Struttura di emendare la bozza con quanto nel frattempo concordato. La proposta negoziale emendata con le osservazioni accolte viene ritrasmessa in data 5 dicembre 2016. Tutte le ipotesi fino a quel punto sono elaborate, in adesione alle disposizioni di legge vigenti, per la sola parte normativa e senza determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

In tale contesto le OO.SS. interrompono nuovamente le trattative chiedendo nuove direttive che includano anche la parte economica che, nel frattempo, viene definita nelle leggi di stabilità approvate dal Parlamento. In data 27 luglio 2017 il Comitato di Settore delibera una nuova "nota di aggiornamento dell'Atto di Indirizzo" con la quale, alla luce sia dei contenuti delle leggi di stabilità che delle indicazioni contenute in diversi atti normativi e documenti di programmazione (Patto Salute 2014-2016, DM 70/2015, Piano Nazionale Cronicità, PNPV, Accordo Stato-Regioni 24 novembre 2016 su numero europeo armonizzato a valenza sociale 116-117, nuovi Lea – DPCM 12 gennaio 2017, Legge 24/2017), fornisce alla SISAC ulteriori indicazioni per le trattative con le OOSS dei medici convenzionati. Anche questa nota diviene esecutiva in forza dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs, 30 marzo 2001, n. 165 (silenzio assenso del

Governo). Le trattative ripartono sempre e solo per la parte normativa in entrambi i settori della medicina generale e della pediatria di libera scelta ma il nodo della mancanza di certezze sulla presenza della componente di revisione economica rallenta e poi frena definitivamente il negoziato. Il Comitato di Settore, a seguito di chiarimenti intercorsi con il Governo, giunge alla conclusione di emanare un "documento integrativo di aggiornamento dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata", esitato il 19 febbraio 2018, con il quale "integra il contenuto degli atti già deliberati in data 12 febbraio 2014, 13 aprile 2016, 8 marzo 2017 e 27 luglio 2017 e trasmessi alla SISAC al fine di procedere alle trattative di rinnovo degli AACCNN di settore", chiarisce il contenuto delle risorse disponibili per il triennio in questione e affida all'agente negoziale il compito di affrontare nell'immediato alcune esigenze organizzativo-normative che impongono un tempestivo adeguamento degli AACCNN in questione fermo restando l'assunzione dell'impegno di tutte le parti negoziali a concludere l'intera contrattazione del triennio 2016-2018 (normativo ed economico). A fronte della condivisione e definizione di tali "obiettivi prioritari" sono rese disponibili le "risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale...".

II. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO E INDIRIZZI ALLA CONTRATTAZIONE.

Negli ultimi anni, cioè grosso modo dalla sigla degli ultimi ACN, la situazione economica del Paese è notevolmente peggiorata e con essa è diventata molto più critica la stabilità finanziaria del SSN. Ciò ha generato tra l'altro due fenomeni principali che rilevano in questa sede. Il primo può essere descritto come la produzione di un "corpus" normativo volto a fronteggiare la crisi economica adeguando l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica ai vincoli imposti dalla gestione del bilancio statale nel rispetto delle regole comunitarie. Possono essere inserite in quest'ambito: il decreto legislativo 150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", la legge 111/2011 "disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", la legge 135/2012, "disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", la legge 189/2012 "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e da ultimo il DPR 122/2013 "Regolamento in materia di proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per i pubblici dipendenti".

Il secondo fenomeno attiene sia alle ricadute delle norme citate sul contesto sanitario, sia al tentativo di mettere a punto programmi e strumenti atti a contenere la spesa sanitaria e a migliorare l'efficienza del sistema cercando di evitare, come usa dire, di gettare il bambino con l'acqua sporca, cioè di peggiorare la qualità dell'assistenza. Per semplicità ci si riferisce al blocco dei contratti di lavoro, ai Piani regionali di rientro, ai vari tentativi di "spending review", agli interventi sulla dotazione complessiva dei posti-letto, ai tetti sulla spesa farmaceutica, all'introduzione dei costi standard e - più rilevante ai presenti fini - alla necessità di riforma delle cure primarie. Tutti questi interventi miravano in sostanza a razionalizzare la struttura dell'offerta di servizi agendo sia sul costo unitario dei fattori, sia sulla composizione della struttura produttiva al fine di razionalizzare la spesa ospedaliera, con l'ammodernamento della rete dei presidi, e sviluppare l'assistenza territoriale.

L'efficacia di tali manovre è in larga misura "*sub iudice*". Sono state richiamate solo perché è da tale contesto che scaturisce l'originario atto di indirizzo che dà il via al rinnovo degli ACN solo per la parte normativa. In estrema sintesi si può dire che l'atto di indirizzo, in coerenza con la sua genesi, mira al potenziamento della rete dei servizi di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di specialistica ambulatoriale, introducendo maggiore chiarezza tra i livelli di autonomia, responsabilità e competenze spettanti ai vari attori del sistema e nel rispetto dei vincoli finanziari posti nei confronti sia del bilancio pubblico, sia del compenso dei singoli professionisti.

Tale impostazione, unitamente all'esigenza di conferire più trasparenza al governo del settore, ha naturalmente generato la necessità di procedere alla revisione completa dei testi degli ACN in questione.

In una seconda fase però, fase che prende le mosse certamente dallo "spartiacque" della sentenza della Corte Costituzionale n. 178 del 24 giugno 2015, il Governo ed il Legislatore sono chiamati ad intervenire anche sulla integrazione economica delle discipline contrattuali. Ne scaturiscono pertanto una serie di nuovi provvedimenti che, pur tenendo fermi gli assunti connessi alla revisione normativa, avviano un percorso di finanziamento delle risorse destinate alla contrattazione. Si richiamano all'uopo la legge 208/2015, (legge di stabilità 2016), la legge 232/2016 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), legge 205/2017 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) ed i rispettivi decreti attuativi.

AUTONOMIA, RESPONSABILITÀ E COMPETENZE TRA I VARI ATTORI DEL SISTEMA.

Al fine di chiarire ulteriormente il contesto istituzionale entro cui si devono collocare i nuovi Accordi nazionali e in coerenza col primo comma, dell'art. 1, della legge 189/12, l'Atto di indirizzo richiama alcuni principi che più propriamente si potrebbero definire "pre" o "meta" contrattuali, in quanto attinenti le materie proprie del tavolo negoziale ma poste, dalla legge citata

prima ancora che dall'Atto, su un piano normativo distinto e separato da quello della contrattazione.

In particolare si fa riferimento agli aspetti riconducibili alla sintetica notazione presente nella premessa dell'Atto stesso là dove si afferma che "mentre alla convenzione nazionale è affidata l'organizzazione del rapporto di lavoro tra medici e SSN, la revisione ed implementazione del modello organizzativo dovrà essere lasciata esclusivamente all'autonomia regionale in modo da tenere conto delle specificità regionali. Alle convenzioni nazionali è ovviamente affidato l'importante compito di fornire indicazioni di carattere generale rispetto ai modelli organizzativi per garantire una certa omogeneità di servizio a livello nazionale".

Si tratta in particolare degli aspetti di seguito richiamati:

a) adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo definito dalla Regione;
b) superamento di tutte le forme organizzative esistenti e loro sostituzione con le AFT e UCCP;
c) adesione al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione;
d) avvio della contrattazione per l'AIR, una volta definita la programmazione del nuovo assetto organizzativo, e suo perfezionamento entro 12 mesi, pena la sospensione unilaterale della parte economica dell'AIR;
e) accessibilità alle cure e continuità dell'assistenza con integrazione, nell'ambito del modello organizzativo adottato da ciascuna Regione, dei medici a ciclo di scelta e dei medici ad attività oraria; integrazione con i servizi dell'emergenza urgenza ed attivazione del numero unico 116-117.
f) istituzione del ruolo unico delle Cure Primarie;
g) revisione del rapporto ottimale in base alle determinazioni regionali.

Oltre tali aspetti prioritari si possono richiamare anche:

a) la verifica della coerenza del testo degli ACN alle disposizioni normative del D.lgs. 150/09 e smi e all'adozione di eventuali adeguamenti;

b) la revisione della normativa della rappresentatività e dei diritti sindacali, al fine di rendere più trasparente e omogeneo tra i settori l'esercizio del diritto di rappresentanza sindacale, includendo il meccanismo di quantificazione e attribuzione delle ore disponibili per l'attività sindacale, nonché le modalità di attribuzione degli oneri per la sostituzione prevista per lo svolgimento dell'attività sindacale;
c) la revisione e l'aggiornamento del testo di tutti gli ACN.

Va ricordato infine che tutte le innovazioni indicate in precedenza così come quelle che seguono, nonché quelle che saranno introdotte nei testi dei nuovi ACN, devono trovare l'eventuale fonte di finanziamento all'interno delle disponibilità finanziarie definite a livello nazionale tanto per il pubblico impiego contrattualizzato quanto per il settore in regime di convenzionamento con il SSN (cfr in particolare *infra* § III – Disponibilità finanziarie).

ACCORDO FINALIZZATO AGLI OBIETTIVI PRIORITARI ED URGENTI.

Si è già avuto modo di rappresentare che nella fase attuale, fermo restando gli indirizzi contenuti negli atti esitati dal Comitato di Settore per il comparto Regioni-Sanità, la contrattazione affidata alla SISAC con le più recenti linee di indirizzo del 19 febbraio 2018 ha esitato la sottoscrizione dell'ACN in esame che attiene i seguenti punti specifici:

1) realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza);
2) necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio;
3) l'istituzione di uno specifico settore inerente l'assistenza negli istituti penitenziari, la cui competenza è stata trasferita in carico al SSN con Legge 24 dicembre 2007, n. 244 e D.P.C.M. 1 aprile 2008;
4) regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali;

5) per il settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità (biologi, psicologi e chimici) occorre procedere alla revisione ed aggiornamento degli elenchi delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi;

Con tale prima intesa inerente le questioni elencate il Comitato di Settore ritiene possibile definire le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.
Tale Accordo non determinerà dunque l'erogazione delle risorse decorrenti dall'anno 2018 (né quelle riferibili all'indennità di vacanza contrattuale corrisposta ai dipendenti, né quelle connesse alle aliquote degli incrementi disposti dalle leggi finanziarie già dettagliatamente citate). Per disporre anche di quelle ulteriori risorse la contrattazione dovrà ripartire a stretto giro e concludersi con la sottoscrizione di AACCNN che includano tutte le questioni delineate dagli atti di indirizzo pervenuti.

Le parti nell'Accordo in esame hanno condiviso la scelta di stralciare la definizione del nuovo settore della assistenza negli istituti penitenziari per rinviarne la questione all'atto della conclusione del triennio. Ciò in quanto le OO.SS. hanno chiesto approfondimenti tecnici riguardanti la soluzione della questione inerente l'assegnazione delle borse di studio che debbono garantire il ricambio anche nel settore in parola.

Per quanto attiene la Specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie, che ha già sottoscritto l'accordo di parte normativa (in vigenza già dal 17 dicembre 2015) è inclusa in questa fase intermedia di allineamento negoziale anche la revisione degli elenchi delle specializzazioni utili ai fini dell'accesso agli incarichi al fine di adeguarli alla normativa vigente (tale indicazione era già stata specificamente disposta con atto di indirizzo dell'8 marzo 2017).

III. Principali aspetti normativi ed economici generali.

PREMESSA

L'ACN in analisi si inserisce in un quadro normativo e contrattuale sul quale hanno già inciso profondamente tanto il Legislatore (riforma cure primarie, tessera sanitaria, ricetta elettronica, certificazione malattia) quanto le precedenti intese fra le parti, rese esecutive: con atto della Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 29 luglio 2009 e con atto Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 8 luglio 2010 (istituzione UCCP e AFT, flusso informativo, revisione compiti dei medici ecc.).

In tale contesto e confermando il percorso irreversibilmente intrapreso, l'ipotesi di accordo in esame determina un primo passo nell'ottica di attuare la riforma con la quale il Legislatore ha inteso riorganizzare l'intero comparto delle cure primarie.

Le disposizioni di legge che forniscono il perimetro entro cui si è dovuta muovere la contrattazione e che sono state citate nel precedente paragrafo di questa relazione, qualificano il contesto finanziario in cui opererà il nuovo ACN di settore.

In particolare gli atti di indirizzo e gli AACCNN in esame sono supportati dalle seguenti previsioni normative finanziarie:

1) L. 28-12-2015 n. 208, (legge di stabilità 2016), art. 1, commi 466, 467, 469, 470: tale norma dispone la quantificazione degli oneri per i rinnovi del personale dipendente dalle amministrazioni statali (300 milioni) e rinvia ai bilanci delle amministrazioni non statali in coerenza con quanto stabilito per quelli statali; il comma 470 precisa che "*Le disposizioni recate dal comma 469 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale*"
2) Con il DPCM 18 aprile 2016 si puntualizzano le modalità di determinazione per i dipendenti delle amministrazioni non statali è pari allo 0,4% del monte salari precisando che tali incrementi "*si aggiungono, a decorrere dall'anno 2016, a quelli già determinati per il pagamento della predetta indennità di vacanza contrattuale*".

3) L. 11-12-2016 n. 232 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), art. 1, commi 364, 365, 367, 392, 412: con tali norme si dispone lo stanziamento di ulteriori risorse rispetto alle precedenti precisando che "*ai fini della copertura degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale, come determinati a seguito dell'aggiornamento dei criteri di cui al comma 367, è vincolata, a decorrere dalla data di adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 365, una quota del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato ai sensi del comma 392*".
4) Con il DPCM 27 febbraio 2017 viene abrogato il precedente DPCM 18 aprile 2016 (di cui al precedente punto 2) rideterminando le aliquote di incremento per il 2016, 2017 e il 2018 rispettivamente nello 0,36%, 1,09%, 1,45% del monte salari del 2015. Anche in questo caso si precisa che "*gli importi quantificati per gli anni 2016, 2017 e a decorrere dal 2018 in applicazione di quanto previsto dal comma 2 si aggiungono a quelli già determinati per il pagamento dell'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010*".
5) Da ultimo con la L. 27-12-2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) vengono sostanzialmente rideterminate le aliquote di incremento relative all'anno 2018 aggiungendo a quanto già fissato dalla previgente normativa citata (1,45%), un tasso ulteriore di incremento pari al 2,03% sulla base di calcolo come in precedenza già definita (in totale portando al 3,48% l'incremento stabilito).

Il modello finanziario adottato in questa tornata dal Legislatore, per la prima volta, determina un meccanismo di parametrazione delle risorse sancendo esclusivamente le coperture aggiuntive rispetto all'indennità di vacanza contrattuale (pari allo 0,75% della massa salariale del 2009) che però, di per se, non troverebbe applicazione diretta per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN.

Pertanto, se gli incrementi "aggiuntivi" trovano già una specificazione diretta nel comma 412 della L. 11-12-2016 n. 232, per l'ulteriore 0,75%, già erogato ai dipendenti pubblici a partire dal 2010 in qualità di indennità di vacan-

za contrattuale, la specifica copertura finanziaria è da individuarsi negli accantonamenti annuali disposti dalle Aziende ai sensi di legge (art. 9, comma 1 del D.L. 30 settembre 2005, n. 203 convertito nella L. 2 dicembre 2005, n. 248) operati anche per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN (come da riscontro del MEF in sede di verifica degli adempimenti annuali).

ASPETTI METODOLOGICI ED ANALISI FINANZIARIA GENERALE.

La presente parte della relazione è disposta, secondo quanto previsto dagli artt. 47, comma 4 e 48, comma 3 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come recepito dalla Legge 27 dicembre 2002, n. 289, allo scopo di rendere una efficace e chiara attestazione degli oneri diretti e indiretti derivanti dal rinnovo contrattuale. Per meglio inquadrare il contesto si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative e di quantificazione del settore. In particolare, in ossequio alle determinazioni contenute nelle leggi finanziarie ed in osservanza alla necessità già richiamata dalla Corte dei Conti nelle delibere di certificazione delle precedenti tornate contrattuali, di allineare la stima dei costi con il valore di uscita dalla precedente contrattazione al fine di garantire un effettivo controllo dell'attendibilità delle previsioni di spesa, tutte le quantificazioni fisiche e di spesa della presente relazione avranno come origine la quantificazione dei costi del precedente biennio economico 2007-2008. Da tale quantificazione scaturiscono gli adeguamenti delle consistenze fisiche (scelte in carico ed ore retribuite) per gli anni di riferimento che determinano le basi della massa salariale di stima degli incrementi (2009 e 2015).

Si specifica che, come le disposizioni di legge dispongono, sulla base di calcolo dell'anno 2009 sono applicate le percentuali relative al riconoscimento delle risorse pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN (0,5077% nel 2010 e 0,75% a decorrere dal 2011) mentre la base sulla quale verranno applicati gli ulteriori incrementi disposti con le recenti leggi finanziarie (0,36% anno 2016, 1,09% anno 2017 e 3,48% a decorrere dal 1 settembre 2018) è quella riferita all'anno 2015 *"al netto della spesa per l'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010, maggiorato degli oneri contributivi ai fini previdenziali e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP)"* (cfr. art. 2, comma 1, DPCM 27 febbraio 2017).

Di seguito quindi, prioritariamente, si ritiene opportuno esporre la dotazione di personale convenzionato alla data del 1 gennaio 2016 da cui scaturiscono tutte le considerazioni che verranno svolte nella presente relazione.

TABELLA n. 1 (tabella n. medici al 1 gennaio 2016)

MEDICINA CONVENZIONATA	medici al 01/01/2016
TOTALE MEDICINA GENERALE	**66.633**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	44.436
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	17.464
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.810
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	2.923
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**7.719**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**18.330**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	16.895
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.435
TOTALE CONVENZIONE	**92.682**

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2016

Il contingente di personale convenzionato con il SSN nell'anno 2007 contabilizzava una assistenza sanitaria in termini di assistiti (per i comparti a quota capitaria) e di ore (per i comparti a quota oraria), come determinato dalle stime all'epoca disponibili e ritenute coerenti dal rapporto di certificazione deliberato dalla Corte dei Conti, come di seguito illustrato.

TABELLA n. 2 (tabella assistiti/ore anno 2007)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore stime anno 2007 (ACN biennio 2008-2009)
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.479.681
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.707.145
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.031.086
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	6.412.702
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.054.156
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	12.030.856
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	685.579

Fonte: relazione tecnica SISAC – biennio 2008-2009

Nel limite delle risorse disponibili previste per il rinnovo del biennio 2008-2009, la quantificazione del costo finale (inclusivo dell'aumento contrattuale del 3,2%) fu all'epoca stimato come da seguente tabella

TABELLA n. 3 (costo biennio 2008-2009 incluso 3,2%)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO biennio economico 2008-2009 inclusivo del 3,2% (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.789.824.266**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.042.172.151
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 547.325.214
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 30.828.246
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 169.498.655
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 882.740.935**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 606.846.802**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 583.071.084
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 23.775.718
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.279.412.002**

Fonte: relazione tecnica SISAC – biennio 2008-2009

In coincidenza di quel rinnovo contrattuale e sulla base delle sollecitazioni e degli stimoli pervenuti dalla stessa Corte dei Conti nelle delibere di certificazione, la SISAC ha avviato un percorso di istituzione di un flusso informativo annuale proveniente dalle singole Aziende Sanitarie e da tutti gli altri Enti del SSN allo scopo di stabilizzare la metodologia di calcolo del costo del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN.
A far data dalla rilevazione condotta al 1 gennaio 2009 si è costituito infatti un flusso specifico inerente il dato del numero delle ore retribuite nel corso dell'anno precedente (totale complessivo delle ore retribuite ai medici e professionisti remunerati a quota oraria nel corso di tutto l'anno solare precedente) (dato di flusso). Infine, con decorrenza dalla rilevazione 1 gennaio 2014 è stato integrato nel flusso dati proveniente annualmente dalle singole regioni anche il numero di assistiti dei settori remunerati a quota capitaria (assistenza primaria e pediatria di libera scelta) il numero degli assistiti in carico (dato di stock al primo gennaio di ogni anno).
Oggi si dispone dunque di una serie storica attestata dalle singole Aziende ed Enti del SSN che consente di effettuare stime dei costi sulla scorta di una metodologia stabile e consolidata.

STIMA DELLA BASE RETRIBUTIVA DELL'ANNO 2007.

Il costo complessivo come "valore di uscita" della precedente contrattazione di settore (*supra* tab. 3), viene quindi rivalutato in forza delle consistenze fisiche effettive all'anno 2009 in base al flusso dati rilevato dalla SISAC, per le ore retribuite nell'anno ed ai dati dell'Annuario Statistico anno 2010 (dati 1 gennaio 2010) edito dal Ministero della Salute per il numero degli assistiti (scelte) dei medici e dei pediatri in quota capitaria dello stesso periodo.

Nell'eseguire tale operazione diviene evidente un fenomeno particolare sul quale si richiama nuovamente l'attenzione. Come già rappresentato nella relazione tecnica riferita al precedente accordo di sola parte normativa per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali (reso esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015) si evidenzia la notevole espansione delle ore del settore. Il fenomeno non è certamente nuovo ed è sicuramente stato

acuito dal blocco del turn-over nell'area della dipendenza medica e veterinaria. Il nesso eziologico si riscontra in tutta la sua evidenza per la coincidenza dei tempi dei fenomeni rilevati (blocco del turn-over e crescita delle ore di specialistica ambulatoriale convenzionata); le Aziende, nella necessità di garantire le prestazioni assistenziali specialistiche e professionali sanitarie in fase di contrazione degli organici dei dipendenti e data l'impossibilità di integrarne i ruoli, hanno ampliato considerevolmente il ricorso alle prestazioni degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti afferenti l'area contrattuale in questione.

TABELLA n. 4 (scelte e ore remunerate anno 2009)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore (*) al 01/01/2010
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.622.066
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.166.786
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.711.712
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	5.865.743
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.668.352
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	15.972.803
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.127.194

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2010

(*) Annuario statistico 2010 - ministero salute per le scelte dell'assistenza primaria e della pediatria di libera scelta

In forza di tale componente numerica il costo della convenzione all'anno 2009 da utilizzare quale base di applicazione dell'aliquota relativa al riconoscimento delle risorse pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN (lo 0,5077% per il 2010 e lo 0,75% - di cui, in forza dell'ACN in esame, sono riconosciuti esclusivamente gli arretrati per gli anni 2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017) è così rideterminato:

TABELLA n. 5 (costo base anno 2009 - 01/01/2010)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 01/01/2010 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792.401.528**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053.139.152
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533.042.602
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51.178.167
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155.041.607
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972.295.276**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813.206.942**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 774.116.120
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 39.090.822
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.577.903.745**

STIMA DELLA BASE RETRIBUTIVA DELL'ANNO 2015.

Analogo procedimento è stato utilizzato per rideterminare la nuova base di riferimento per gli incrementi riferiti al triennio 2016-2017-2018 (dei quali, in forza dell'ACN in esame sono riconosciuti esclusivamente gli arretrati per gli anni 2016-2017).
In questo caso la stima è effettuata in forza del flusso dati annuale completo che la SISAC intrattiene con le singole Aziende e con gli altri Enti del SSN e che include la serie storica sia delle ore remunerate che delle scelte in carico a medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta.
Con tale fase dunque si chiude l'implementazione del modello consolidato di stima del costo che trova riscontro anche nel corrispettivo flusso contenuto nel modello CE (Conto Economico delle Aziende).
Anche nel periodo 2010-2015 permane e si conferma il fenomeno di espansione delle ore, in particolare della specialistica ambulatoriale.

TABELLA n. 6 (scelte e ore remunerate anno 2015)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore al 01/01/2016
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.506.661
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.954.854
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.831.655
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	5.973.220
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.762.835
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	19.390.309
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.703.933

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2016

Si segnala però che in coincidenza della sottoscrizione dell'ACN 17 dicembre 2015 tale processo di crescita delle ore pare cominciare un rallentamento in particolare pare essersi arrestato il fenomeno della crescita del numero degli specialisti così che, la crescita delle ore deve essersi necessariamente ripartita sugli incrementi orari dei medici già operanti con carico orario inferiore alle 38 ore. La spiegazione può essere inquadrata nelle finalità che si era preposto di conseguire l'ACN sottoscritto nel 2015 e che, si ribadisce, riguardava solo la parte normativa. Di seguito si riproduce quanto riferito dalla SISAC nella relazione tecnica di quell'Accordo: "*il contesto normativo generale in cui ha operato il rinnovo contrattuale espone un adeguamento della disciplina del settore in esame, riconducendolo ai meccanismi ordinari e tipici del reclutamento di personale. Sino ad oggi il settore della specialistica ambulatoriale era rimasto ancorato alla fase di chiusura dell'area che fu introdotta nel lontano 1997. Con la riforma apportata dalla L. 189/2012 l'area della specialistica ambulatoriale ha trovato il suo pieno riconoscimento, al pari delle altre aree convenzionate, nell'ambito delle cure primarie. Di conseguenza, il rinnovo contrattuale in esame ha ripristinato le ordinarie procedure di assegnazione di incarichi, limitando, analogamente agli altri settori del pubblico impiego, l'abusato ed improprio ricorso agli incarichi a tempo determinato allo scopo di far fronte ad esigenze ordinarie di assistenza specialistica da parte degli Enti del SSN. Si è inoltre superata la abusata e poco*

chiara procedura di trasformazione degli incarichi a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato che era prevista dell'art. 23, comma 13 dell'ACN 23 marzo 2005 e smi. Si è sostanzialmente voluto procedimentalizzare e rendere sistematica la scelta dell'Azienda nell'assegnazione di incarichi.
La procedura di seguito analizzata, quindi, circoscrive la assegnazione a tempo determinato solo ad esigenze straordinarie o specifici progetti, lasciando in capo alle amministrazioni la possibilità di valutare, in base alla programmazione, se conferire l'incarico a tempo indeterminato o determinato".
Pare dunque, che la revisione sistematica dei criteri di accesso agli incarichi di quel settore abbia innescato un processo virtuoso e ci si può attendere, al raggiungimento del massimale orario di medici già in servizio una riduzione sostanziale anche delle ore in forza degli ulteriori meccanismi introdotti (limitazione degli incarichi a tempo determinato e preferenza al completamento orario); con questi meccanismi si mirava anche a spingere verso una disponibilità completa del medico nei confronti del SSN ottenendo anche un miglioramento della qualità del servizio e delle cure.
La base retributiva dell'anno 2015 è dunque rielaborata in forza delle consistenze numeriche evidenziate nella precedente tabella n. 6 secondo la seguente tabella:

TABELLA n. 7 (costo base anno 2015 - 01/01/2016)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2015 01/01/2016 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.810.769.561**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.044.250.247
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 553.872.586
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 54.764.321
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 157.882.408
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 986.071.599**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 998.836.306**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 939.744.312
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 59.091.994
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.795.677.467**

RIEPILOGO STIMA BASI DI CALCOLO DELLA CRESCITA RETRIBUTIVA

E' possibile a tal punto riepilogare i riferimenti di crescita delle basi di calcolo della crescita retributiva sancita dal Legislatore per il triennio 2016-2018 e, come da prassi nelle relazioni tecniche della SISAC per i settori in rapporto di convenzionamento con il SSN, raffrontare anche la stima effettuata secondo la metodologia adottata, con i dati derivanti dal flusso dei Conti Economici delle Aziende Sanitarie che, come già segnalato nelle precedenti relazioni tecniche, non può essere utilizzato direttamente in quanto non è utile ai fini della stima della massa retributiva da utilizzare come base di calcolo in quanto: per tutti i settori rilevati (assistenza primaria, continuità assistenziale, pediatria e specialistica) include i costi derivanti dagli AIR (Accordi Integrativi Regionali) e dagli AAA (Accordi Attuativi Aziendali), che invece vanno esclusi dalla base di calcolo in quanto esulano dalla Contrattazione nazionale e vengono finanziati con risorse proprie delle singole regioni/aziende; per gli altri settori, non rilevati il flusso è indistinto fra figure afferenti ad aree negoziali differenti (psicologi con emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi non specificata in alcuna codifica). Per questo motivo, il flusso CE (che peraltro non include la stima dell'onere per assicurazione di malattia e IRAP) viene riportato nella seguente tabella a titolo di mero raffronto che consente comunque di confermare la coerenza della metodologia adottata.

TABELLA n. 8 (confronto basi retributive anni 2009 - 2015 - CE 2015)

include spesa regionale

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO CE 2015 (non include malattia e IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792.401.528**	**€ 4.810.769.561**	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053.139.152	€ 4.044.250.247	€ 4.539.371.000
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533.042.602	€ 553.872.586	€ 703.418.000
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51.178.167	€ 54.764.321	
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155.041.607	€ 157.882.408	
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972.295.276**	**€ 986.071.599**	**€ 1.078.742.000**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813.206.942**	**€ 998.836.306**	**€ 1.077.339.000**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 774.116.120	€ 939.744.312	
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 39.090.822	€ 59.091.994	
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.577.903.745**	**€ 6.795.677.467**	

include spesa regionale

DISPONIBILITÀ FINANZIARIE

Le risorse previste per garantire una crescita delle remunerazioni del personale sanitario convenzionato provengono in questo rinnovo contrattuale esclusivamente dai bilanci delle Aziende sanitarie tenute per legge ad accantonare una disponibilità corrispondente al tasso di inflazione programmata (art. 9, comma 1 del D.L. 30 settembre 2005, n. 203 convertito nella L. 2 dicembre 2005, n. 248).

Nel dettaglio, come già riferito nella presente relazione con l'Accordo per il triennio 2016-2018 vengono definite:

a) le risorse pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti (0,5077% per l'anno 2010 e 0,75% a decorrere dal 2011)

b) gli ulteriori incrementi contrattuali disposti dalle leggi finanziarie già citate (0,36% per il 2016, 1,09% per il 2017 e 3,48% a decorrere dal 1 settembre 2018) .

TABELLA n. 9 (disponibilità percentuali anni 2010-2015 e triennio 2016-2018)

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (dal 1 gennaio al 31 agosto)	2018 (dal 1 settembre)
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09	1,09	3,48
TOTALE	**0,5077**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**1,11**	**1,84**	**1,84**	**4,23**

Tuttavia, nell'Accordo in esame finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti, come da atto di indirizzo pervenuto dal Comitato di Settore, sono disponibili esclusivamente le risorse relative agli arretrati per gli anni 2010-2017 delle risorse di cui alla lettera a) del precedente capoverso e gli arretrati degli incrementi di cui alla lettera b) del precedente capoverso riferiti agli anni 2016-2017.

Le rimanenti risorse sono subordinate alla sottoscrizione dell'ACN normativo ed economico riferito al triennio 2016-2018 secondo gli atti di indirizzo già esitati dal Comitato di Settore.

Di conseguenza le risorse effettivamente disponibili per l'ACN in esame sono schematicamente riportate nella seguente tabella.

TABELLA n. 10 (disponibilità percentuali accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2017)

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09
TOTALE	**0,5077**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**1,11**	**1,84**

Applicati alla base di calcolo per l'anno 2009 (risorse pari ad IVC dipendenti) e anno 2015 (arretrati su incrementi anni 2016 e 2017), i saggi di crescita delle retribuzioni generano, in riferimento all'ACN in esame (accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti), un costo teorico complessivo a regime dell'assistenza territoriale sanitaria pari ad euro **477,17 milioni di euro** ripartiti sul singolo settore come da tabelle seguenti.

In particolare tale valore teorico è dato dalla somma delle risorse erogate come arretrati dall'anno 2010 all'anno 2015 (**280,03 milioni di euro**) e quelle erogate come arretrati sugli incrementi relativi agli anni 2016 e 2017 (**197,14 milioni di euro**). Questi ultimi (anni 2016 e 2017) così come stabilito dalle disposizioni finanziarie avranno una base di calcolo composta: l'aliquota dello 0,75% (pari all'IVC) continuerà ad essere applicata sul costo base anno 2009; le aliquote incrementali ulteriori (0,36% anno 2016 e 1,09% anno 2017) saranno invece applicate sul costo base anno 2015.

TABELLA n. 11 (disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	2010 (0,5077%)	2011 (0,75%)	2012 (0,75%)	2013 (0,75%)	2014 (0,75%)	2015 (0,75%)	TOTALE disponibilità teoriche 2010 - 2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.792	€ 24,33	€ 35,94	€ 35,94	€ 35,94	€ 35,94	€ 35,94	€ 204,03
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 20,58	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 172,56
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 2,71	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 22,69
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 0,26	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 2,17
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 0,79	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 6,60
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 972	€ 4,93	€ 7,29	€ 7,29	€ 7,29	€ 7,29	€ 7,29	€ 41,38
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 813	€ 4,13	€ 6,10	€ 6,10	€ 6,10	€ 6,10	€ 6,10	€ 34,62
- *SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato*	€ 710	€ 3,60	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 30,23
- *ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato*	€ 33	€ 0,17	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 1,41
- *SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio*	€ 70	€ 0,36	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 2,98
TOTALE CONVENZIONE	€ 6.577	€ 33,39	€ 49,33	€ 49,33	€ 49,33	€ 49,33	€ 49,33	€ 280,03

TABELLA n. 12 (disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017) - valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	2016 (Accantonamento 0,75% su costo 2009 + Incremento 0,36% su costo 2015)	2017 (Accantonamento 0,75% su costo 2009 + Incremento 1,09% su costo 2015)	TOTALE disponibilità teoriche 2016 - 2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792**	**€ 4.808**	**€ 53,25**	**€ 88,35**	**€ 141,60**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 4.044	€ 44,96	€ 74,48	€ 119,43
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 553	€ 5,99	€ 10,03	€ 16,01
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 54	€ 0,58	€ 0,97	€ 1,55
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 157	€ 1,73	€ 2,87	€ 4,60
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972**	**€ 986**	**€ 10,84**	**€ 18,04**	**€ 28,88**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813**	**€ 998**	**€ 9,69**	**€ 16,98**	**€ 26,67**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 867	€ 8,45	€ 14,78	€ 23,22
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 53	€ 0,44	€ 0,83	€ 1,26
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 78	€ 0,81	€ 1,38	€ 2,18
TOTALE CONVENZIONE	**€ 6.577**	**€ 6.792**	**€ 73,78**	**€ 123,36**	**€ 197,14**

Le risorse impegnate nell'accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti sono integralmente riferite ad arretrati; le risorse a regime, invece (non contenute nell'ACN in esame) dovranno necessariamente rispettare gli indirizzi della contrattazione e quindi operare prevalentemente all'interno di meccanismi di premialità a risultato.

A fronte di tali disponibilità teoriche per il riconoscimento degli arretrati complessivamente disposti, il presente Accordo definisce costi effettivi dei singoli settori che vengono di seguito riassunti nelle seguenti tabelle n. 13 e 14.

TABELLA n. 13 (costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	costo effettivo 2010	costo effettivo 2011	costo effettivo 2012	costo effettivo 2013	costo effettivo 2014	costo effettivo 2015	TOTALE costo effettivo 2010 - 2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.792	€ 24,04	€ 35,88	€ 35,88	€ 35,88	€ 35,88	€ 35,88	€ 203,46
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 20,33	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 171,34
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 2,63	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 22,91
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 0,25	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,37	€ 2,13
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 0,83	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 7,08
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 972	€ 4,89	€ 7,22	€ 7,22	€ 7,22	€ 7,22	€ 7,22	€ 40,99
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 813	€ 4,08	€ 5,95	€ 5,95	€ 5,95	€ 5,95	€ 5,94	€ 33,82
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 3,57	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 29,46
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 0,16	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 1,40
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 0,34	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 2,96
TOTALE CONVENZIONE	€ 6.577	€ 33,00	€ 49,05	€ 49,05	€ 49,05	€ 49,05	€ 49,05	€ 278,27

TABELLA n. 14 (costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	costo effettivo 2016	costo effettivo 2017	TOTALE costo effettivo 2016 - 2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.792	€ 4.808	€ 52,96	€ 88,39	€ 141,36
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 4.044	€ 44,62	€ 74,18	€ 118,81
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 553	€ 5,95	€ 10,15	€ 16,10
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 54	€ 0,56	€ 0,96	€ 1,51
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 157	€ 1,84	€ 3,11	€ 4,94
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 972	€ 986	€ 10,80	€ 17,97	€ 28,77
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 813	€ 998	€ 9,50	€ 16,76	€ 26,25
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 867	€ 8,27	€ 14,58	€ 22,85
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 53	€ 0,43	€ 0,82	€ 1,25
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 78	€ 0,79	€ 1,36	€ 2,16
TOTALE CONVENZIONE	€ 6.577	€ 6.792	€ 73,26	€ 123,13	€ 196,38

I valori di costo effettivo sono inclusivi degli oneri previdenziali e, per i settori a quota oraria, dell'IRAP a carico dell'Azienda; essendo disposti in forma di arretrati sugli stessi valori non è applicato il costo dell'assicurazione di malattia.

Di seguito si evidenziano anche i differenziali ed il saldo positivo minimo sugli incrementi riconosciuti nel periodo dal 2010 al 2015 (**pari a 1,76 milioni di euro**) e dal 2016 al 2017 (**pari a 0,75 milioni di euro**) per un totale pari **2,52 milioni di euro**.

TABELLA n. 15 (differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	TOTALE disponibilità teoriche 2010 - 2015	TOTALE costo effettivo 2010 - 2015	SALDO 2010 - 2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 204,03**	**€ 203,46**	**€ 0,57**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 172,56	€ 171,34	€ 1,22
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 22,69	€ 22,91	-€ 0,22
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 2,17	€ 2,13	€ 0,05
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 6,60	€ 7,08	-€ 0,48
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 41,38**	**€ 40,99**	**€ 0,40**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 34,62**	**€ 33,82**	**€ 0,80**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 30,23	€ 29,46	€ 0,77
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 1,41	€ 1,40	€ 0,01
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 2,98	€ 2,96	€ 0,02
TOTALE CONVENZIONE	**€ 280,03**	**€ 278,27**	**€ 1,76**

TABELLA n. 16 (differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016 e 2017) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	TOTALE disponibilità teoriche 2016 - 2017	TOTALE costo effettivo 2016 - 2017	SALDO 2016 - 2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 141,60**	**€ 141,36**	**€ 0,24**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 119,43	€ 118,81	€ 0,63
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 16,01	€ 16,10	-€ 0,08
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 1,55	€ 1,51	€ 0,03
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 4,60	€ 4,94	-€ 0,34
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 28,88**	**€ 28,77**	**€ 0,10**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 26,67**	**€ 26,25**	**€ 0,41**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 23,22	€ 22,85	€ 0,37
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 1,26	€ 1,25	€ 0,02
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 2,18	€ 2,16	€ 0,02
TOTALE CONVENZIONE	**€ 197,14**	**€ 196,38**	**€ 0,75**

Si evidenzia, infine, che il testo contrattuale di ogni area viene configurato sul piano della tecnica normativa secondo il principio di stratificazione sequenziale dei contratti collettivi successivi. Questi ultimi confermano le disposizioni vigenti, fatte salve puntuali, ed esplicite abrogazioni/integrazioni.

PARTE II – ACN PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

ANALISI ILLUSTRATIVA DELLE DISPOSIZIONI

Si commentano di seguito, articolo per articolo, le variazioni introdotte, illustrandone anche l'entità degli eventuali oneri diretti o indiretti alle stesse associati, stimabili ai fini della presente relazione.

Premessa

Il testo in esame richiama le motivazioni che hanno indotto il Comitato di Settore a promuovere la sottoscrizione di un Accordo che, ferme restando le indicazioni contenute negli atti di indirizzo già esitati ed in attesa di concludere la contrattazione completa del triennio 2016-2018 (normativo ed economico), provveda ad affrontare in modo tempestivo alcune priorità che attengono:

1) la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza);

2) la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio;

3) la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali.

Il testo in esame esplicita altresì, come già riportato nella parte I della presente relazione tecnica, il riferimento alle modalità di erogazione delle risorse assegnate alla contrattazione a fronte del perseguimento in sede negoziale delle predette priorità. In particolare vengono finalizzate a tale scopo le risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017.

Tale premessa, avendo carattere meramente dispositivo ed esplicativo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 1 – Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale

L'articolo introduce appunto il riferimento agli obiettivi di politica sanitaria nazionale da perseguire attraverso la contrattazione decentrata di settore in attuazione della programmazione regionale.

Il **comma 1 (unico)** conferma la priorità della programmazione regionale nell'opera di perseguimento degli obiettivi disposti dai piani nazionali sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera a)** richiama il Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.) esitato con l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Tale richiamo dispone l'impegno delle Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. L'obiettivo sancito è quello del miglioramento delle condizioni di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche ad opera di tutti gli attori operanti nel SSN. Il PNC prevede che ciò avvenga attraverso il rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni condividendo i percorsi di cura attraverso i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali). In tale quadro generale gli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con la programmazione regionale, declinano i criteri di partecipazione dei pediatri di libera scelta nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure che si esplicano nella definizione del Piano di cura e nella stipula del Patto di cura previsti dallo stesso PNC. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera b)** richiama il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) adottato l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019». L'obiettivo della riduzione del carico di malattie infettive prevenibili da vaccino è definito come priorità nazionale da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il PNPV dispone un calendario nazionale delle vaccinazioni offerte alla popolazione per fasce d'età. Il modello organizzativo definito con la programmazione regionale garantisce l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale ed in tale contesto gli AAIIRR prevedono, ove necessario, l'attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta nelle vaccinazioni e nelle attività collegate. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera c)** richiama la problematica dell'accesso improprio al pronto soccorso affrontata, tra gli altri atti di livello nazionale, con l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale. Vengono richiamate nella lettera in esame le motivazioni che pongono in essere la necessità di avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio di salute. Dal lato della disciplina contrattuale che si occupa di regolare i rapporti tra i pediatri di libera scelta ed il SSN, l'ipotesi di ACN in esame dispone che in sede di programmazione regionale cui conseguono gli accordi regionali, si preveda l'integrazione nelle reti territoriali dei pediatri di libera scelta e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio. Tale integrazione è finalizzata alla garanzia della continuità dell'assistenza la quale consente di evitare o ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso per le prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate con benefici in termini assistenziali e di efficienza del sistema. In riferimento a tale ultimo aspetto citato l'ACN richiama anche la possibilità per gli AAIIRR di coinvolgimento dei pediatri nelle prestazioni diagnostiche di pri-

mo livello. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

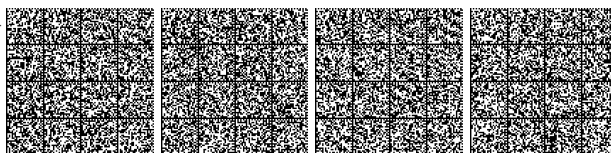
La **lettera d)** esplicita il riferimento alla questione del governo delle liste d'attesa e appropriatezza affrontato in ambito nazionale con l'Intesa Stato-Regioni, n. 189/CSR del 28 ottobre 2010, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012. Ferma restando anche in tal caso la preventiva programmazione regionale, in sede di accordo decentrato di livello regionale si prevede il coinvolgimento e la partecipazione dei pediatri di libera scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, distinguendo tra i primi accessi ed i percorsi di follow-up, nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle norme vigenti. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

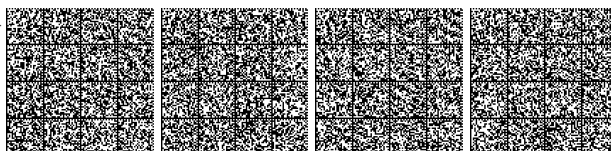
L'intero articolo 1 – *Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 2 – Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore dell'ACN in esame, l'integrale sostituzione dell'**art. 15** dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi.

ANALISI DELL'**ARTICOLO 15** (SOSTITUITO)

Il **comma 1** ai sensi del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. dispone la previsione secondo la quale i pediatri da incaricare in rapporto di convenzionamento con il SSN sono tratti da una graduatoria unica per titoli di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità. L'ipotesi di ACN prevede che la stessa graduatoria è redatta con procedure tese allo

snellimento burocratico ed al rispetto dei tempi previsti. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** precisa che i pediatri che aspirino all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 17, comma 1, lettere *f)* (fruizione del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale – nuova formulazione introdotta dall'**art. 5, comma 2** dell'ACN in esame – vedi *infra*) e *j)* (fruizione del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente ad eccezione del caso dei beneficiari delle sole prestazioni previdenziali erogate dalla "quota A" del Fondo di previdenza generale dell'ENPAM - nuova formulazione introdotta dall'**art. 5, comma 3** dell'ACN in esame – vedi *infra*). I pediatri che aspirano all'iscrizione in graduatoria devono possedere alla scadenza del termine di presentazione della domanda i requisiti elencati nel successivo elenco. In particolare l'ipotesi di ACN in esame modifica le previgenti clausole negoziali esplicitando alla **lettera a)** la necessità di possesso del requisito della cittadinanza italiana cui, in ossequio alla normativa europea sulla libera circolazione dei lavoratori, viene aggiunto il riferimento alla cittadinanza di altro Paese appartenente alla UE e ad eventuali ulteriori equiparazioni disposte dalle leggi vigenti in ottemperanza ad accordi bilaterali tra l'Italia ed altri Stati.
Alla successiva **lettera c)** il testo contrattuale viene adeguato alla luce delle revisioni normative intervenute. Nella stessa lettera viene introdotta una delle innovazioni che caratterizzano l'ACN in esame in particolare riferimento all'obiettivo di favorire il ricambio generazionale agevolando l'accesso di medici agli incarichi di pediatria di libera scelta. Infatti, si introduce nella lettera in esame la possibilità che la domanda di iscrizione in graduatoria possa essere presentata anche dai medici frequentanti l'ultimo anno del corso di specializzazione in pediatria i quali nell'anno in questione acquisiranno il titolo utile. Costoro, ferma la possibilità di presentare la domanda entro il 31 gennaio di ciascun anno, saranno tenuti ad esibire il titolo effettivamente conseguito (anche a mezzo di autocertificazione) entro il 15 settembre del medesimo anno (termine disposto per rispettare il limite di pubblicazione della graduatoria

provvisoria di cui al successivo **comma 6**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

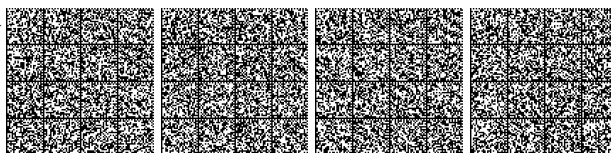
Il successivo **comma 3** precisa che i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN non possono presentare domanda di inserimento nella graduatoria. Pertanto tali pediatri potranno concorrere esclusivamente per trasferimento. Tale clausola essendo di carattere meramente dispositivo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** innova la procedura di trasmissione della domanda da parte dei pediatri aspiranti all'iscrizione in graduatoria. Si prevede che la domanda sia trasmessa entro il termine del 31 gennaio a mezzo di procedura telematica definita dalla Regione. La domanda, completa del bollo ai sensi della normativa vigente, unitamente alla dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante i requisiti, i titoli accademici, di studio e di servizio, viene trasmessa all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda individuata dalla Regione.
Si precisa che i titoli accademici, di studio e di servizio, ulteriori rispetto a quelli riguardanti il titolo specializzazione in pediatria (prerequisito) possono essere valutati ai fini del punteggio solo se posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
L'ulteriore innovazione introdotta con l'ipotesi di ACN in esame è quella contenuta nel successivo capoverso dello stesso **comma 4** ed attiene la precisazione che la domanda deve essere presentata ogni anno. La Regione o la Azienda da questa individuata potranno far riferimento al punteggio già conseguito dal richiedente nella precedente graduatoria qualora il medico non dichiari nella domanda per l'anno modifiche ai titoli conseguiti.
Da ultimo, si dispone che la Regione possa prevedere la facoltà del medico di esprimere la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali finalizzate al conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, già all'atto della domanda di iscrizione nella graduatoria regionale. Tale clausola, avendo carattere meramente dispositivo ed organizzativo, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 5** si dispone che l'amministrazione regionale o l'Azienda individuata dalla Regione, predisponga sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione previsti dall'ACN al successivo **allegato 1** la graduatoria specificando accanto a ciascun nominativo il punteggio conseguito. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 6** prevede che la graduatoria provvisoria venga resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Nei successivi 15 giorni i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda da questo individuata eventuale istanza motivata di riesame della posizione in graduatoria. Entro il 30 novembre l'Assessorato regionale alla Sanità provvede alla pubblicazione della graduatoria definitiva sul bollettino ufficiale della Regione, disponendone altresì la pubblicazione sul sito istituzionale. Queste pubblicazioni costituiscono notificazioni ufficiali.
Da ultimo, la clausola sancisce che la graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 7** attiene alle graduatorie aziendali dei medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione. Fatte salve diverse determinazioni in sede di Accordo Integrativo Regionale riguardanti una diversa tempistica, le Aziende, entro 15 giorni dalla pubblicazione della graduatoria regionale definitiva, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di tali graduatorie aziendali. Gli incarichi di cui al presente comma vengono conferiti secondo l'ordine di priorità che segue: pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio e pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. Il presente comma non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

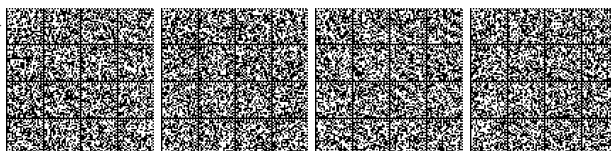
Il **comma 8** viene ribadita la necessità di apposizione del bollo sulla domanda presentata per la partecipazione alle graduatorie di disponibilità Aziendale. Tali domande debbono essere trasmesse alla Azienda di riferimento entro 30 giorni decorrenti dalla data di pubblicazione dell'avviso da parte dell'Azienda

stessa sul proprio sito istituzionale; fatto salvo il caso in cui ai sensi del precedente **comma 4** i pediatri aspiranti, già iscritti nella graduatoria regionale, non abbiano espresso in quella sede la richiesta di inclusione anche nelle graduatorie aziendali di disponibilità. Lo stesso comma precisa altresì quale sia l'ordine di graduazione dei pediatri che appartengono alla categoria di cui alla **lett. b)** del precedente comma, indicando il criterio preventivo della anzianità di specializzazione, in seguito del voto di specializzazione ed infine della minore età. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 9** si stabilisce che la Regione possa dare attuazione all'articolo in esame anche adottando differenti modalità di trasmissione delle domande rispetto a quella a mezzo procedura informatizzata in precedenza indicato (cfr. **comma 4**), purché tali diverse modalità garantiscano comunque la semplificazione dell'iter amministrativo, la riduzione degli adempimenti dei pediatri aspiranti all'incarico e la limitazione degli oneri sostenuti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 2 – *Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 3 – Esercizio del diritto di sciopero

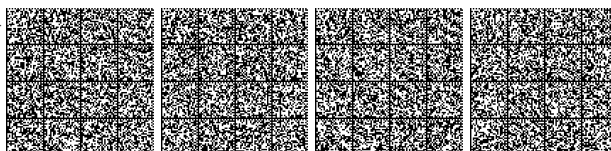
L'articolo in esame, con unico **comma 1**, dispone l'integrale sostituzione dell'**art. 31** dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi rinviando all'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta, che viene introdotto *ex novo* come **Allegato 2** del vigente ACN (vedi *infra*).

L'intero articolo 3 – *Esercizio del diritto di sciopero* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 4 – Procedure per l'assegnazione di incarichi

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta, l'integrale sostituzione dell'**art. 33** dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi.
Tale comma apporta diverse novità derivanti dalla decisione del Comitato di Settore assunta nell'atto di indirizzo di agevolare il ricambio generazionale, favorendo l'accesso dei pediatri agli incarichi di cui trattasi attraverso meccanismi e procedure che consentono la spendibilità del titolo acquisito o in corso di acquisizione al momento della disponibilità effettiva degli incarichi.

ANALISI DELL'**ARTICOLO 33** (SOSTITUITO)

Al **comma 1** si stabilisce che entro la fine di marzo di ciascun anno la Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 32 del vigente ACN. La clausola introduce altresì la novità per la Regione di pubblicare anche gli incarichi che si renderanno disponibili nel corso dell'anno. Tale caso è dato in particolare dai pediatri di libera scelta che cesseranno il loro rapporto di lavoro con le Aziende per sopraggiunti limiti di età (70 anni). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** prevede che all'atto di pubblicazione degli incarichi, fermo restando l'ambito di iscrizione negli elenchi dei pediatri di libera scelta, l'Azienda possa indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale (c.d. "prescrizione di zona") eventualmente indicando anche una modalità articolata. Questa ultima precisazione introdotta dall'ACN in esame deriva dalla possibilità per l'Azienda di considerare le prescrizioni di zona afferenti ad esempio ambiti multicomunali. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 3**, in conseguenza a quanto disposto dal precedente comma, sancisce la prescrizione di zona come vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata. Il vincolo si protrae per un periodo di tre anni dall'iscrizione nell'elenco dei pediatri di libera scelta. Decorso tale termine il pediatra interessato può richiedere che l'Azienda la rimozione di tale vincolo. In tal caso l'Azienda, in sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti dell'apertura dello studio medico a carico del pediatra neo-inserito. Al momento in cui il neo-inserito subentra con l'apertura del proprio studio medico nella zona prescritta ed inizia l'attività convenzionale, il pediatra precedentemente interessato dal vincolo può procedere al trasferimento del proprio studio medico. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

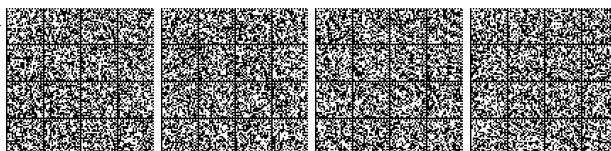
Il **comma 4** prevede che i pediatri aspiranti presentino entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al **comma 1** alla Regione o al soggetto da questa individuato la domanda di assegnazione per uno o più ambiti territoriali carenti, corredata del bollo secondo la normativa vigente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 5** definisce, come già previsto dal previgente Accordo collettivo nazionale, i soggetti che possono concorrere agli incarichi e il relativo ordine di priorità, disponendo primariamente per i trasferimenti dei titolari a tempo indeterminato da almeno due anni in un ambito della Regione che ha pubblicato la carenza (**lett. a)**), successivamente per i trasferimenti dei pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato che siano iscritti da almeno quattro in un elenco dei pediatri di altra Regione (**lett. b)**), in seguito per i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**lett. c)**). Per tali pediatri restano immutate le condizioni e le prescrizioni già indicate nel previgente ACN che vengono meramente revisionate dal punto di vista dell'esposizione lessicale per renderne maggiormente chiaro ed intellegibile il testo. A queste due categorie sono aggiunti con ultima priorità (**lett. d)**) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i., successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Questi ultimi dovranno autocertificare il possesso del diploma all'atto della presentazione della domanda di cui al

comma 4. Tale ultima lettera consente dunque a tutti coloro che per qualsiasi motivo (gravidanza, malattia, ecc...) abbiano ritardato la acquisizione del titolo oltre il termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (31 gennaio dell'anno precedente) e fino alla domanda di assegnazione degli incarichi (**comma 4**), di partecipare alle procedure di conferimento degli stessi. Tale clausola, essendo di carattere meramente dispositivo e procedurale, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.
Tra gli aspiranti, i pediatri di libera scelta che concorrono per trasferimento (**comma 5, lett. a)** e **b)**) sono graduati secondo il dettato del successivo **comma 6**, in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dagli incarichi della pediatria di libera scelta ai sensi dell'art. 18, comma 1 del vigente ACN. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

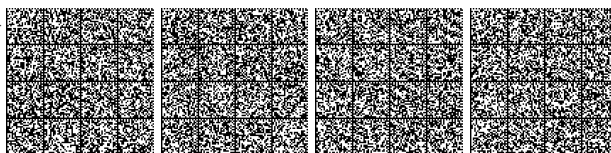
I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**comma 5, lett. c)**) sono graduati invece dal **comma 7** in esame nell'ordine risultante dagli elencati **punti a), b) e c)** che seguono.
In particolare la **lett. a)** riferisce al punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 cui vanno aggiunti, ai sensi della **lett. b)**, punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico e, ai sensi della **lett. c)**, punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico. Come già previsto nel previgente Accordo, tali punteggi aggiuntivi sono sommati nel caso in cui le fattispecie previste dalle **lettere b)** e **c)** si verifichino contemporaneamente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

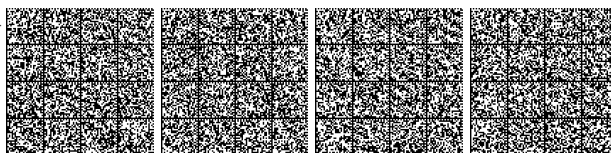
Da ultimo, il **comma 8** determina i criteri di graduazione dei pediatri di cui al **comma 5, lettera d)** secondo l'anzianità di specializzazione, del voto di specia-

lizzazione ed infine della minore età. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 9** prevede che, in caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri che concorrono per trasferimento (**comma 5, lett. a)** e **b)**) e quelli presenti in graduatoria (**comma 5, lett. c)**) siano ordinati secondo l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione ed infine la minore età. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 10** dispone in merito ai criteri di formulazione delle graduatorie per gli ambiti carenti, stabilendo che vengano stilate sulla base dell'anzianità per i trasferimenti, dei relativi punteggi posseduti e degli ulteriori criteri indicati per coloro che partecipano ai sensi del **comma 5, lett. d)** e precisando che accanto a ciascun nominativo siano indicati gli ambiti per cui concorre. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

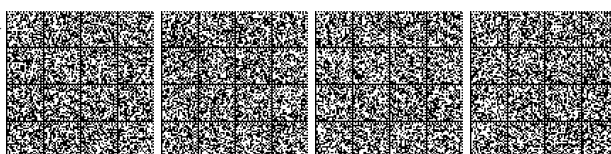
Al **comma 11** si disciplinano i criteri e l'ordine di interpello dei pediatri di cui al **comma 5**. Si precisa dunque che in primo luogo vengono interpellati i pediatri che concorrono per trasferimento da un ambito della stessa Regione (**lett. a)**), in seguito vengono interpellati i pediatri che concorrono per trasferimento da altra Regione (**lett. b)**), successivamente i pediatri in graduatoria (**lett. c)**) ed infine i pediatri che hanno acquisito il titolo di specializzazione in pediatria o disciplina equipollente successivamente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria (**lett. d)**). Questi ultimi sono interpellati avendo cura di assegnare priorità ai residenti nell'ambito carente, quindi a quelli residenti in Azienda, in seguito nella Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel seguente **comma 12** viene introdotta un'altra delle novità dell'Accordo in esame derivante dalla necessità già citata di favorire l'accesso dei pediatri negli incarichi disponibili. L'evidenza rilevata mostra infatti una scarsa propensione alla mobilità nella richiesta di lavoro tra Regioni in cui c'è una elevata offerta di posti disponibili e quelle in cui viceversa ad essere elevata risulta la domanda.

Questa situazione ha reso evidente la necessità di una maggiore divulgazione, attraverso un sistema centralizzato, dell'offerta di ambiti carenti e non ricoperti attraverso le procedure già illustrate (graduatoria, pubblicazione incarichi, ecc.). Tale sistema è stato identificato nel portale istituzionale della SISAC (www.sisac.info) che renderà disponibile alle Regioni la possibilità di pubblicare l'evidenza della carenza rimasta vacante dei posti offerti, consentendo la conoscenza di tale disponibilità a tutti i pediatri sul territorio nazionale. Il sistema prevede che la Regione o il soggetto da questa individuato per la procedura, renda altresì evidente sul proprio sito web la data di pubblicazione da parte della SISAC. Da tale data decorre il termine di 30 giorni per la presentazione delle domande, in regola con la vigente normativa sul bollo, da parte dei pediatri, purché costoro non siano titolari di altro incarico a tempo indeterminato nell'ambito del SSN. La domanda viene trasmessa dai medici interessati alla Regione o al soggetto da questa individuato che procede alla valutazione secondo uno specifico ordine di priorità. Vengono prioritariamente valutate le domande dei pediatri inseriti nelle graduatorie di altre Regioni (**lett. a)**) i quali sono graduati fra loro sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza; in caso di parità di punteggio prevale l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione ed infine la minore età. In seguito vengono valutate le domande dei pediatri in possesso del titolo di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (**lett. b)**) i quali sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione ed infine della minore età. All'atto dell'interpello tra i pediatri di cui alla **lett. b)** si assegna priorità a coloro che sono residenti nell'ambito carente, poi nell'Azienda, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al fine di semplificare le procedure la Regione o il soggetto da questa individuato indica sin dall'avviso di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità definite dalla stessa Regione, alla convocazione dei pediatri con un preavviso di 15 giorni. Il **comma 13** prevede che tali modalità e termini si applichino anche per la procedura definita al precedente **comma 12**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 14** è chiarito che il pediatra interpellato, deve a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta ovvero rinunciare all'assegnazione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 15** prevede che la mancata presentazione all'atto dell'interpello, da parte del pediatra, costituisce rinuncia all'incarico, fatto salvo il caso del pediatra impossibilitato a presentarsi il quale può dichiarare, secondo le modalità definite dalla Regione la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali ha presentato domanda. In questa ipotesi al pediatra viene attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 16** è chiarito che il pediatra che accetta l'incarico in forza di un trasferimento decade dall'incarico di provenienza. E' stabilito altresì che in quest'ultimo caso il pediatra debba comunque garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso disposto dall'art. 19, comma 1, lett. c) del vigente ACN (un mese). La clausola sancisce infine che la rinuncia o la decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 17** dispone in merito alle questioni inerenti le eventuali incompatibilità ancora sussistenti. In particolare si precisa che il pediatra debba rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica all'atto dell'assegnazione dell'incarico. Qualora sussistano eventuali situazioni di incompatibilità (cfr. art. 17 ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.), esse debbono essere risolte all'atto di assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 18** riporta le formalità procedurali in carico alle Regioni o al soggetto da queste individuato, all'espletamento della assegnazione degli incarichi. Viene effettuato l'invio degli atti alle Aziende interessate alla presa in carico del rapporto di lavoro da instaurare ed in caso di assegnazione per trasferi-

mento ad un medico proveniente da altra Regione (**comma 5, lett. b)**) si dispone la comunicazione all'Azienda di provenienza dell'accettazione dell'incarico anche ai fini di dare seguito alle previste decadenze di cui al **comma 16**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

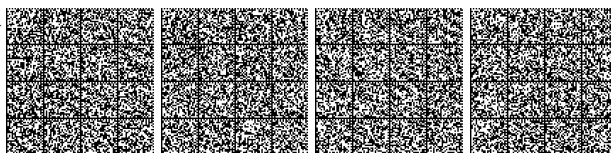
Come clausola di chiusura delle procedure di assegnazione degli incarichi nell'ambito della pediatria di libera scelta, il **comma 19** prevede comunque la possibilità per la Regione, o soggetto da questa individuato, esperite le procedure di cui ai **commi 1** e **12**, di procedere per sopravvenute esigenze straordinarie, alla pubblicazione in corso d'anno di ulteriori avvisi per l'assegnazione di ambiti territoriali carenti. Si applicano anche in tal caso le medesime procedure ed i medesimi termini previsti nell'articolo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 4 – *Procedure per l'assegnazione di incarichi* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 5 – Modifiche all'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.

L'articolo in esame introduce alcune puntuali variazioni al testo dell' ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. allo scopo di adeguarlo alla normativa vigente, di chiarirne i contenuti e di renderlo coerente con le clausole introdotte dall'Accordo in esame.

Il **comma 1** dispone l'abrogazione dell'art. 16 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. a decorrere dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Contestualmente a tale abrogazione la valutazione dei titoli accademici, di studio e di servizio è effettuata in base ai punteggi ed ai criteri previsti dall'**Allegato 1** introdotto con l'ACN in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** sostituisce nell'articolo 17, comma 1, dell'ACN 15 dicembre 2005 s.m.i la **lett. f)** precisando l'incompatibilità per coloro che fruiscano del trattamento di invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza

competente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 3** si modifica il contenuto dell'art. 17, comma 1, **lett. j)** dell'ACN 15 dicembre 2005 s.m.i precisando l'incompatibilità per coloro che fruiscono del trattamento di quiescenza ai sensi della normativa vigente ed escludendo da tale incompatibilità solo coloro che beneficiano delle esclusive prestazioni previdenziali della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** prevede che a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'ACN in esame, nell'art. 34, comma 3, primo alinea dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è meramente modificato il rinvio numerico del comma citato in riferimento al richiamato art. 33 in ragione delle modifiche apportate alla numerazione dall'Accordo in esame (secondo la nuova numerazione, **comma 2**). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 5** si dispone l'abrogazione della norma transitoria n. 8 dell'ACN 15 dicembre 2005 s.m.i a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tale abrogazione è disposta in ragione della eliminazione dall'ACN del riconoscimento di uno specifico punteggio legato al tirocinio specifico di pediatria di famiglia. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 5 – *Modifiche ACN 15 dicembre 2005 s.m.i.* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 6 - Arretrati

Con l'articolo in esame si definiscono le risorse economiche riferibili agli anni 2010 – 2017. Allo scopo di agevolare l'intelligibilità della seguente parte della Relazione, in particolare riferimento alle stime economiche, l'esposizione è suddivisa in due sezioni, ciascuna esplicativa della parte di finanziamento in cui vengo-

no ripartite le complessive disponibilità della contrattazione, i cui titoli si riassumono di seguito:

1) arretrati riferiti agli anni 2010-2015 – tali risorse sono, come detto nella parte generale della presente relazione tecnica, riferibili ai riconoscimenti economici connessi all'erogazione dell'Indennità di Vacanza Contrattuale (IVC) già erogata in favore dei dipendenti pubblici a far data dal 2010;

2) arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 dalle disposizioni contenute nelle leggi di bilancio disposte dal Legislatore; tali incrementi assorbono le risorse riferite all'I.V.C.

Ciò per evidenziare il rispetto del vincolo delle risorse assegnate in relazione ai singoli periodi in riferimento. Il rispetto dei valori complessivi è invece già stato illustrato nella prima parte della presente relazione tecnica e ad essa si rinvia.

Con il **comma 1** si precisa appunto la presa d'atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e si ribadisce la scelta di addivenire alla sottoscrizione dell'ACN in esame "*in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018*". Si precisa dunque che le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN), per i pediatri di libera scelta, da erogarsi secondo quanto riportato nei prospetti ed i valori riprodotti nell'articolato. Viene infine precisato che i valori riportati nell'ACN sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

SEZIONE 1 - arretrati riferiti agli anni 2010-2015

Viene introdotta la tabella di calcolo degli arretrati con i dati riferiti agli anni 2010 - 2015. Tale introduzione comporta l'assunzione di oneri diretti e indiretti stimati, in riferimento agli arretrati per il 2010-2015 secondo la seguente tabella:

arretrati Pediatria di libera scelta

(rif. TABELLA A1)

Si esprime il valore per assistito riferito a ciascun anno. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati della pediatria di libera scelta riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **40.989.526** così determinata:

TABELLA n. 17 Pediatria di libera scelta - costo effettivo 2010-2015.

Pediatria di libera scelta	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per assistito)	€ 0,67	€ 0,99	€ 0,99	€ 0,99	€ 0,99	€ 0,99
n. assistiti al 01/01/2010	6.668.352	6.668.352	6.668.352	6.668.352	6.668.352	6.668.352
costo effettivo al netto ENPAM (9,375%)	€ 4.467.796	€ 6.601.668	€ 6.601.668	€ 6.601.668	€ 6.601.668	€ 6.601.668
ENPAM (9,375%)	€ 418.856	€ 618.906	€ 618.906	€ 618.906	€ 618.906	€ 618.906
costo effettivo totale riconosciuto	€ 4.886.652	€ 7.220.575	€ 7.220.575	€ 7.220.575	€ 7.220.575	€ 7.220.575

Al **comma 2** si dispone che per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), per la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei pediatri e per la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali, siano corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017). Si precisa che tali risorse sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

SEZIONE 2 - arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017

Viene introdotta la tabella di calcolo degli arretrati con i dati riferiti agli anni 2016 - 2017. L'onere include ed assorbe le risorse pari all'I.V.C. Tale introduzione comporta l'assunzione di oneri diretti e indiretti stimati, in riferimento agli arretrati per il 2016-2017 secondo la seguente tabella:

arretrati Pediatria di libera scelta

(rif. TABELLA A2)

Si esprime il valore per assistito riferito a ciascun anno. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati della pediatria di libera scelta riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **28.773.750** così determinata:

TABELLA n. 18 Pediatria di libera scelta - costo effettivo 2016-2017.

Pediatria di libera scelta	2016	2017
costo effettivo (quota annua per assistito)	€ 1,46	€ 2,43
n. assistiti al 01/01/2016	6.762.835	6.762.835
costo effettivo al netto ENPAM (9,375%)	€ 9.873.739	€ 16.433.689
ENPAM (9,375%)	€ 925.663	€ 1.540.658
costo effettivo totale riconosciuto	€ 10.799.402	€ 17.974.347

Al **comma 3** viene ribadito che gli importi da corrispondere ai pediatri di libera scelta sono riconosciuti nel limite del massimale e delle eventuali scelte in deroga acquisite ai sensi dell'art. 38 dell'ACN per ciascun anno di riferimento. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I **commi 4** e **5** attengono esclusivamente alla determinazione dei tempi di corresponsione degli arretrati prevedendo rispettivamente che quelli derivanti dal **comma 1** dell'articolo siano erogati entro giorni 60 dall'entrata in vigore dell'Accordo in esame e quelli derivanti dal **comma 2** siano erogati entro giorni 90 dall'entrata in vigore dell'Accordo in esame. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 6 – *Arretrati* genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione pari ad euro **69.763.276** come rappresentato nelle tabelle 13 e 14 e riepilogato nella seguente tabella 19.

TABELLA n. 19 Pediatria di libera scelta – costo effettivo 2010-2017.

MEDICINA CONVENZIONATA	costo effettivo 2010-2015	costo effettivo 2016-2017	costo effettivo 2010-2017
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 40.989.526	€ 28.773.750	€ 69.763.276

ART. 7 – Entrata in vigore dell'Accordo e rappresentatività a livello decentrato.

Al **comma 1** si ribadisce che ai sensi delle disposizioni vigenti l'Accordo in esame entri in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento (Intesa) della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Come già indicato nelle premesse della presente relazione, il **comma 2** si occupa di ribadire che l'Accordo in esame integra e sostituisce, ove espressamente previsto, l'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. nelle more della definitiva sottoscrizione dell'intero ACN riferibile al triennio 2016-2018 (economico e nor-

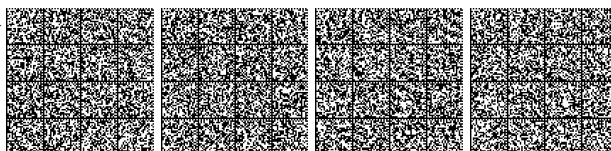
mativo). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 3** ripropone le regole di rappresentatività sindacale derivanti dalla normativa e dall'Accordo vigenti. Pertanto le organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo in esame, in possesso dei requisiti di rappresentatività a livello nazionale di cui all'art. 22 comma 6 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** infine nel ribadire quanto già espresso dalla normativa e dall'Accordo vigenti, chiarisce che gli Accordi Attuativi Aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 7 – *Entrata in vigore dell'Accordo e rappresentatività a livello decentrato* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione

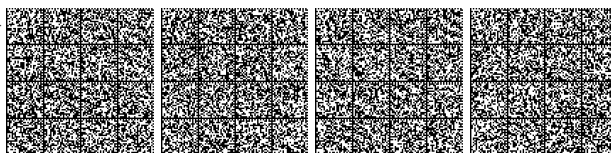
Norma transitoria n. 1

La **norma transitoria n. 1** ripropone per l'anno 2018 la possibilità per i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti dopo il 31 gennaio la possibilità di inserimento nella graduatoria regionale per l'anno 2019 presentando domanda entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dell'autocertificazione del titolo di specializzazione nel frattempo acquisito e deve contenere i titoli accademici e di servizio eventualmente posseduti alla data del 31 dicembre 2017. Tale clausola si rende necessaria per anticipare gli effetti della procedura tesa a favorire l'accesso in graduatoria dei pediatri che nel frattempo abbiano acquisito il diploma di specializzazione. La norma esplicherà, ovviamente, i suoi effetti qualora l'entrata in vigore

dell'Accordo in esame avvenga entro l'anno 2018. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

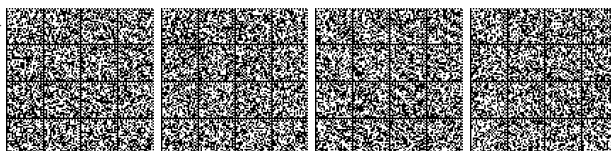
Norma transitoria n. 2

La medesima *ratio* che ha indotto a definire a **norma transitoria n. 1** finalizzata ad agevolare e ad anticipare l'accesso in graduatoria dei pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione dopo la data del 31 gennaio 2018 dispone la definizione anche della successiva **norma transitoria n. 2**. In attesa dell'entrata in vigore dell'**articolo 4** dell'Accordo in esame, anche per le procedure di assegnazione degli incarichi vacanti pubblicati sul Bollettino Ufficiale dalla Regione o dal soggetto da questa individuato, è consentita la partecipazione ai peditri che abbiano acquisito il titolo successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. In carenza di procedure specifiche definite nell'Accordo, la stessa **norma transitoria n. 2** dispone che tali pediatri concorrano secondo le procedure vigenti successivamente ai trasferimenti ed ai pediatri inclusi nella graduatoria valida per l'anno in corso. Costoro saranno graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione ed infine della minore età. Anche in tal caso si dispone priorità d'interpello per i residenti nell'ambito carente e successivamente, i residenti nella Azienda, nella Regione ed infine fuori Regioni. Anche in questo caso il possesso del diploma di specializzazione deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione agli ambiti carenti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Allegato 1 – Titoli per la formazione della graduatoria regionale

Come disposto dall'**art. 5, comma** 1 dell'ACN in esame, il presente Allegato disciplina, a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore dell'ACN in esame, i titoli ritenuti utili e i relativi punteggi da utilizzare per la graduatoria regionale abrogando l'art. 16 dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi.

Il **comma 1** ripropone il testo del medesimo comma contenuto nell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. contenente le indicazioni dei punteggi per i titoli accademici, di studio e di servizio.
Rispetto al testo previgente, l'ACN in esame introduce innovazioni al **punto I,** previgenti lett. b), c), d) ed e) eliminando il riferimento ed il punteggio relativo alle cd "libere docenze" nonché rinumerandone l'elencazione in funzione delle modifiche introdotte.
Viene inoltre abrogato il riferimento ed il relativo punteggio riguardante il tirocinio abilitante ed il titolo di animatore di formazione riconosciuto dalle Regioni o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione (ex lett. f) e g)). In loro sostituzione l'ACN in esame introduce *ex novo* i punteggi aggiunti in riferimento al **punto I, lett. d)** e **e)** che contengono rispettivamente un riferimento alla conoscenza della lingua inglese certificata ad un livello non inferiore al B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) (punti 0,50) e la conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL).
Al seguente **punto II** del medesimo comma si provvede a precisare alla **lett. a)** l'ambito di assegnazione del relativo punteggio specificando che va attribuito in riferimento al possesso di titolo di servizio con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione nella pediatria di libera scelta; viene altresì espunto il riferimento all'attività svolta in forma associata. Inoltre, rispetto al previgente ACN il punteggio è elevato a punti 1,10 per ciascun mese complessivo di attività. Alla **lett. e)** si provvede meramente ad integrare il riferimento alla normativa vigente in materia di attività di specialista pediatra svolta all'estero (L. 11 agosto 2014, n. 125). Tutte le altre lettere del comma in esame restano invariate. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** ripropone il testo del medesimo comma contenuto nell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. con la mera aggiunta di specificazione delle frazioni valutabili come mese intero per la corrispondente attività svolta per attività sindacale. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 3** viene meramente effettuata una riscrittura più chiara ed intelligibile del previgente testo negoziale; ad esso si aggiunge la precisazione

dell'ultimo capoverso che specifica che il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è valutato in alternativa al titolo di studio qualora ci si riferisca alle specializzazioni affini alla pediatria (**punto I, lett. b)** dell'Allegato in esame) e a specializzazioni in discipline diverse (**punto I, lett. c)** dell'Allegato in esame). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** corrispondente al previgente comma 4 dell'articolo 16 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. ribadisce che a parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione ed infine la minore età. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 5** corrispondente al previgente comma 5 dell'art. 16 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. precisa che non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate nell'Allegato in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero Allegato 1 – *Titoli per la formazione della graduatoria regionale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Allegato 2 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta.

L'Allegato in esame, con unico **comma 1**, introduce nell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. l'**Allegato 2**.

Ai fini della presente relazione si precisa che viene introdotto con l'Accordo in esame un allegato che introduce particolari innovazioni sul piano della regolamentazione di settore.

Allegato 2 - Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta

In ossequio alle disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83 e successive

modificazioni ed integrazioni si è reso necessario, anche in questo settore afferente all'ambito dei servizi pubblici essenziali, redigere un accordo specifico di regolamentazione del diritto di sciopero da sottoporre alla approvazione della Commissione di Garanzia dell'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali. Il testo integra quindi tutte le necessarie disposizioni pattizie richieste dalla Commissione ed è stato già inoltrato alla stessa per la validazione. L'accordo è stato concordato e sottoscritto dalle parti in data 28 marzo 2018.

L'intero Allegato 2 – *Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

INDICE DELLE TABELLE
Tabella 1 - Numero medici al 01/01/2016
Tabella 2 - Numero scelte e numero ore remunerate, stime anno 2007 (ACN biennio 2008-2009)
Tabella 3 - Costo biennio economico 2008-2009 inclusivo dell'aumento contrattuale 3,2%
Tabella 4 - Numero scelte e numero ore remunerate, anno 2009 (01/01/2010)
Tabella 5 - Costo base anno 2009
Tabella 6 - Numero scelte e numero ore remunerate, anno 2015 (01/01/2016)
Tabella 7 - Costo base anno 2015
Tabella 8 - Costo base anno 2009, costo base anno 2015 e confronto CE
Tabella 9 - disponibilità percentuali anni 2010-2015 e triennio 2016-2018
Tabella 10 - disponibilità percentuali accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2017
Tabella 11 - disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 12 - disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017 - valori in ml di €
Tabella 13 - costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 14 - costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017 - valori in ml di €
Tabella 15 - differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 16 - differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016 e 2017 - valori in ml di €
Tabella 17 - Pediatria di libera scelta - costo effettivo 2010-2015
Tabella 18 - Pediatria di libera scelta - costo effettivo 2016-2017
Tabella 19 - Pediatria di libera scelta - costo effettivo 2010-2017

18A05131

INTESA 21 giugno 2018.

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) - triennio 2016-2018. (Rep. atti n. 114/CSR).

LA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 21 giugno 2018;

Vista la legge 26 maggio 2004, n. 138 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, che all'art. 2-nonies dispone che l'accordo collettivo nazionale concernente il personale sanitario a rapporto convenzionale è reso esecutivo con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni;

Visto l'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013 avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (Rep. Atti n. 164/CSR);

Vista la nota del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 7 giugno 2018 con la quale ha comunicato che fra la Struttura tecnica interregionale sanità convenzionata - SISAC, istituita dall'art. 52, comma 27, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e le organizzazioni sindacali è stata sottoscritta l'ipotesi di accordo indicato in oggetto ed ha trasmesso copie dei seguenti documenti:

ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) triennio 2016-2018 (sottoscritta in data 29 marzo 2018) e relativa relazione tecnico-illustrativa e tecnico-finanziaria;

parere favorevole reso dal Comitato di settore del comparto Regioni-Sanità in data 10 maggio 2018;

nota del 30 maggio 2018 con la quale la Corte dei conti ha comunicato che, le Sezioni riunite della medesima Corte in sede di controllo hanno deliberato la certificazione positiva sulla predetta ipotesi di accordo, con le osservazioni contenute nell'allegato alla deliberazione in corso di deposito;

nota del 27 aprile 2018 attestante il parere positivo formulato dalla Ragioneria generale dello Stato;

Considerato che nell'inviare la documentazione sopra indicata, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha richiesto l'iscrizione dell'argomento all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni, per acquisire l'intesa prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013;

Vista la nota del 12 giugno 2018 dell'Ufficio di segreteria di questa Conferenza con la quale è stata diramata l'ipotesi di accordo collettivo;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole all'intesa sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) triennio 2016-2018, allegato A, al presente atto;

Acquisito l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

Sancisce intesa

sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) triennio 2016-2018, che in allegato A al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Roma, 21 giugno 2018

Il Presidente: STEFANI

Il segretario: NADDEO

ALLEGATO *A*

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

In data 29 marzo 2018 alle ore 10:45, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

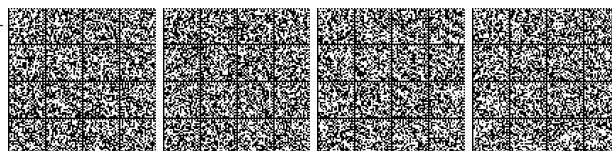
la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Vincenzo Pomo

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

SUMAI

UIL FPL

CISL MEDICI

FESPA

Vista la Legge 23 dicembre 1978 n. 833;

Visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'art. 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'art. 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002 n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012 n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'art. 2-nonies della Legge 26 maggio 2004 n. 138;

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 luglio 2004;

Visto l'art. 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004 n. 311;

Visto l'articolo 1, comma 470 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Vista la Legge 11 dicembre 2016, n. 232;

Visto l'articolo 1, comma 683 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto l'articolo 9-quater del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2015, n. 125;

Visto il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il D.P.C.M. 27 febbraio 2017;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 227/CSR del 17 dicembre 2015, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, psicologi e chimici);

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 189/CSR del 28 ottobre 2010, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute".

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.

INDICE

PREMESSA

Il presente ACN viene sottoscritto in attesa di concludere entro l'anno la contrattazione del triennio 2016-2018 (economico e normativo). In considerazione dell'attuale contesto normativo, il presente Accordo affronta alcune priorità emerse nel corso della trattativa, già oggetto delle linee di indirizzo, che richiedono una soluzione negoziale particolarmente tempestiva.

Tali priorità attengono in particolare alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), alla necessità di affrontare il ricambio generazionale e alla revisione ed aggiornamento degli elenchi e delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi. Con il presente ACN vengono altresì definite le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.

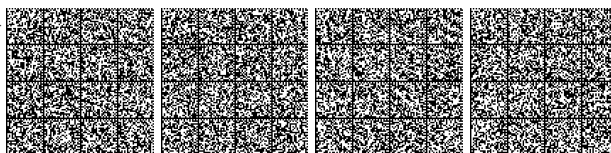
ART. 1 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE

1. La programmazione regionale finalizzerà gli AAIIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

   a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.).* Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici specialisti ambulatoriali interni e psicologi alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

   b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019.* La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e, ove necessario, nell'ambito degli AAIIRR prevedono l'inserimento della vaccinazione e delle relative attività collegate tra i compiti previsti per i medici specialisti ambulatoriali interni.

   c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO.* L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso e l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei medici specialisti ambulatoriali interni, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e per quelle riferibili alla non corretta gestione della cronicità.

   d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA.* Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la partecipazione dei medici specialisti ambulatoriali interni e degli psicologi ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti.

ART. 2 – ELENCO BRANCHE SPECIALISTICHE E SPECIALIZZAZIONI PROFESSIONALI

1. A partire dalle graduatorie predisposte in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo, l'Allegato 2 dell'ACN 17 dicembre 2015 è sostituito dal seguente:

"ALLEGATO 2 – ELENCO BRANCHE SPECIALISTICHE E SPECIALIZZAZIONI PROFESSIONALI.

a) Branche specialistiche

ALLERGOLOGIA

Specializzazioni

1) Allergologia
2) Allergologia e immunologia
3) Allergologia e immunologia clinica

ANATOMIA PATOLOGICA

Specializzazioni

1) Anatomia ed istologia patologica
2) Anatomia ed istologia patologica e tecnica di laboratorio
3) Anatomia ed istologia patologica ed analisi cliniche
4) Anatomia patologica
5) Anatomia patologica e tecnica di laboratorio
6) Citodiagnostica
7) Citologia

ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE

Specializzazioni

1) Anestesia
2) Anestesia e rianimazione
3) Anestesia generale e speciale odontostomatologica
4) Anestesiologia
5) Anestesiologia e rianimazione
6) Anestesiologia generale e speciale odontostomatologica
7) Anestesiologia, rianimazione e terapia intensiva
8) Rianimazione
9) Rianimazione e terapia intensiva

ANGIOLOGIA

Specializzazioni

1) Angiologia
2) Angiologia e chirurgia vascolare
3) Angiologia medica
4) Cardiologia e malattie dei vasi
5) Malattie cardiovascolari
6) Malattie cardiovascolari e reumatiche
7) Malattie dell'apparato cardiovascolare
8) Vasculopatie

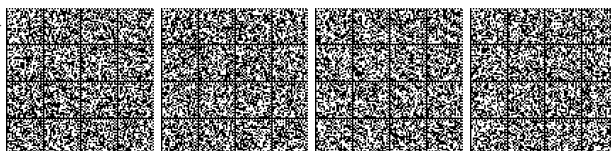
AUDIOLOGIA E FONIATRIA

Specializzazioni

1) Audiologia
2) Audiologia e foniatria
3) Foniatria
4) Foniatria ed olfattometria

BIOCHIMICA CLINICA

Specializzazioni

1) Analisi chimico cliniche
2) Analisi chimico cliniche e microbiologiche
3) Analisi cliniche di laboratorio
4) Biochimica analitica
5) Biochimica clinica
6) Biochimica e chimica clinica
7) Biologia clinica
8) Chimica analitica
9) Chimica biologica o biochimica
10) Genetica medica
11) Igiene: indirizzo laboratorio di sanità pubblica
12) Medici laboratoristi
13) Medicina di laboratorio: biochimica clinica e biologia molecolare
14) Microbiologia
15) Microbiologia e virologia

16) Microbiologia medica

17) Patologia clinica

18) Patologia generale

19) Semeiotica e diagnostica di laboratorio

20) Settore laboratorista

21) Settori e medici laboratoristi ospedalieri

22) Tossicologia

23) Virologia

CARDIOCHIRURGIA

Specializzazioni

1) Cardio-angio-chirurgia
2) Cardiochirurgia
3) Chirurgia cardiaca
4) Chirurgia cardiovascolare
5) Chirurgia del cuore e dei grossi vasi

CARDIOLOGIA

Specializzazioni

1) Cardio-angiopatie
2) Cardiologia
3) Cardiologia e malattie dei vasi
4) Cardiologia e reumatologia
5) Cardio-reumatologia
6) Fisiopatologia cardiocircolatoria
7) Fisiopatologia cardiovascolare
8) Malattie cardiache
9) Malattie cardiovascolari
10) Malattie cardiovascolari e reumatiche
11) Malattie dell'apparato cardiovascolare
12) Malattie dell'apparato cardiovascolare e malattie dei vasi

CHIRURGIA GENERALE

Specializzazioni

1) Anatomia chirurgica e corso di operazioni
2) Chirurgia

3) Chirurgia d'urgenza
4) Chirurgia d'urgenza e di pronto soccorso
5) Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva
6) Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva chirurgica
7) Chirurgia dell'apparato digerente
8) Chirurgia di pronto soccorso
9) Chirurgia gastroenterologica
10) Chirurgia generale
11) Chirurgia generale d'urgenza e pronto soccorso
12) Chirurgia generale e terapia chirurgica
13) Chirurgia geriatrica
14) Chirurgia interna
15) Chirurgia oncologica
16) Chirurgia oncologica e toracico polmonare
17) Chirurgia sperimentale
18) Chirurgia sperimentale e microchirurgia
19) Clinica chirurgica
20) Clinica chirurgica generale
21) Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica
22) Patologia chirurgica
23) Patologia speciale chirurgica
24) Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica
25) Semeiotica chirurgica
26) Tecniche semeiologiche speciali chirurgiche

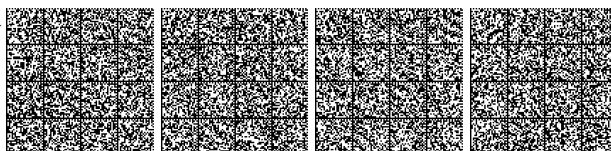
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Specializzazioni

1) Chirurgia maxillo-facciale

CHIRURGIA PEDIATRICA

Specializzazioni

1) Chirurgia dell'infanzia
2) Chirurgia infantile
3) Chirurgia pediatrica
4) Clinica chirurgica infantile

5) Clinica chirurgica pediatrica

CHIRURGIA PLASTICA

Specializzazioni

1) Chirurgia plastica
2) Chirurgia plastica e riparatrice
3) Chirurgia plastica ricostruttiva

CHIRURGIA TORACICA

Specializzazioni

1) Chirurgia polmonare
2) Chirurgia toracica
3) Chirurgia toraco-polmonare

CHIRURGIA VASCOLARE

Specializzazioni

1) Angiologia e chirurgia vascolare
2) Chirurgia vascolare

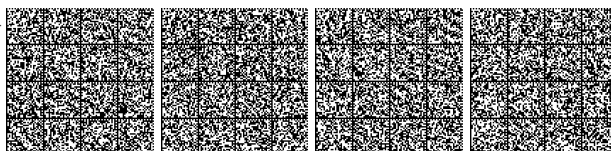
CURE PALLIATIVE

Specializzazioni

1) Anestesiologia e rianimazione
2) Ematologia
3) Geriatria
4) Malattie infettive
5) Medicina interna
6) Neurologia
7) Oncologia
8) Pediatria
9) Radioterapia

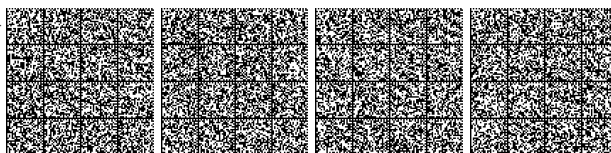
DERMATOLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica dermatologica e venereologia
2) Clinica dermosifilopatica
3) Clinica dermosifilopatica e venereologia
4) Dermatologia
5) Dermatologia e sifilografia

6) Dermatologia e sifilopatia
7) Dermatologia e venereologia
8) Dermosifilopatia
9) Dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica
10) Dermosifilopatia e venereologia
11) Malattie cutanee e veneree
12) Malattie della pelle e veneree
13) Malattie veneree e della pelle
14) Patologia e clinica dermosifilopatica

DIABETOLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica medica
2) Clinica medica e semeiotica
3) Clinica medica generale
4) Clinica medica generale e terapia medica
5) Diabetologia
6) Diabetologia e malattie del ricambio
7) Endocrinologia
8) Endocrinologia e malattie del ricambio
9) Endocrinologia e malattie metaboliche
10) Endocrinologia e medicina costituzionale
11) Endocrinologia e patologia costituzionale
12) Malattie del fegato e del ricambio
13) Malattie del rene, del sangue e del ricambio
14) Malattie del ricambio
15) Malattie del sangue e del ricambio
16) Malattie dell'apparato digerente e del ricambio
17) Malattie endocrine metaboliche
18) Medicina costituzionale ed endocrinologia
19) Medicina generale
20) Medicina interna
21) Patologia speciale e clinica medica
22) Patologia speciale medica

23) Patologia speciale medica e metodologia clinica

24) Patologia speciale medica e terapia medica

25) Scienza delle costituzioni ed endocrinologia

26) Semeiotica medica

EMATOLOGIA

Specializzazioni

1) Ematologia
2) Ematologia clinica
3) Ematologia clinica e di laboratorio
4) Ematologia generale
5) Ematologia generale clinica e di laboratorio
6) Malattie del rene, del sangue e del ricambio
7) Malattie del sangue
8) Malattie del sangue e degli organi emopoietici
9) Malattie del sangue e del ricambio
10) Malattie del sangue e dell'apparato digerente
11) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio
12) Malattie dell'apparato digerente e del sangue
13) Patologia del sangue e degli organi emopoietici

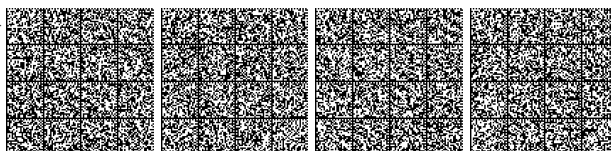
ENDOCRINOLOGIA

Specializzazioni

1) Endocrinologia
2) Endocrinologia e malattie del ricambio
3) Endocrinologia e malattie metaboliche
4) Endocrinologia e medicina costituzionale
5) Endocrinologia e patologia costituzionale
6) Malattie endocrine e metaboliche
7) Medicina costituzionale ed endocrinologia
8) Medicina costituzionalistica ed endocrinologia
9) Scienza delle costituzioni ed endocrinologia

FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA

Specializzazioni

1) Farmacologia

2) Farmacologia clinica
3) Farmacologia e tossicologia clinica
4) Farmacologia medica
5) Tossicologia
6) Tossicologia clinica
7) Tossicologia medica

FISICA SANITARIA

Specializzazioni

1) Fisica biomedica
2) Fisica medica
3) Fisica sanitaria
4) Medicina nucleare
5) Radiodiagnostica
6) Radioterapia

FISIOCHINESITERAPIA

Specializzazioni

1) Chinesiterapia
2) Chinesiterapia ortopedica e riabilitazione neuromotoria
3) Chinesiterapia, fisioterapia e ginnastica medica in ortopedia
4) Chinesiterapia, fisioterapia e riabilitazione dell'apparato motore
5) Chinesiterapia, fisioterapia, riabilitazione e ginnastica medica in ortopedia
6) Chinesiterapia, fisioterapia, riabilitazione e ginnastica medica
7) Fisiochinesiterapia
8) Fisiochinesiterapia e riabilitazione apparato motore
9) Fisiochinesiterapia e rieducazione neuromotoria
10) Fisiochinesiterapia ortopedica
11) Fisiopatologia e fisiokinesiterapia respiratoria
12) Fisioterapia
13) Fisioterapia e riabilitazione
14) Medicina fisica e riabilitazione
15) Riabilitazione e ginnastica medica ortopedica
16) Terapia fisica
17) Terapia fisica e riabilitazione

GASTROENTEROLOGIA

Specializzazioni

1) Fisiopatologia digestiva
2) Gastroenterologia
3) Gastroenterologia e malattie dell'apparato digerente
4) Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
5) Malattie del fegato
6) Malattie del fegato e del ricambio
7) Malattie del ricambio e dell'apparato digerente
8) Malattie del sangue e dell'apparato digerente
9) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio
10) Malattie dell'apparato digerente
11) Malattie dell'apparato digerente e del ricambio
12) Malattie dell'apparato digerente e del sangue
13) Malattie dell'apparato digerente, della nutrizione e del ricambio

GENETICA MEDICA

Specializzazioni

1) Applicazioni biotecnologiche
2) Citogenetica umana
3) Genetica applicata
4) Genetica medica

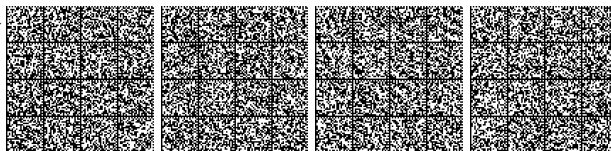
GERIATRIA

Specializzazioni

1) Geriatria
2) Geriatria e gerontologia
3) Gerontologia e geriatria
4) Patologia geriatrica

IDROCLIMATOLOGIA

Specializzazioni

1) Idroclimatologia
2) Idroclimatologia clinica
3) Idroclimatologia e clinica termale

4) Idroclimatologia medica e clinica termale
5) Idrologia clinica
6) Idrologia medica
7) Idrologia medica e clinica termale
8) Idrologia, climatologia e talassoterapia
9) Idrologia, crenologia e climatologia

IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Specializzazioni

1) Epidemiologia
2) Igiene
3) Igiene e medicina preventiva
4) Igiene e odontoiatria preventiva e sociale con epidemiologia
5) Igiene e sanità pubblica
6) Igiene ed epidemiologia
7) Igiene epidemiologia e sanità pubblica
8) Igiene generale e speciale
9) Igiene pubblica
10) Metodologia epidemiologica ed igiene

MALATTIE INFETTIVE

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie infettive
2) Clinica delle malattie infettive e contagiose
3) Clinica delle malattie infettive e tropicali
4) Clinica delle malattie tropicali e infettive
5) Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
6) Malattie infettive
7) Malattie infettive e tropicali
8) Malattie tropicali e subtropicali
9) Medicina tropicale

MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Specializzazioni

1) Cardio-angiopatie
2) Cardiologia

3) Cardiologia e malattia dei vasi
4) Cardiologia e reumatologia
5) Chirurgia d'urgenza e di pronto soccorso
6) Chirurgia generale
7) Chirurgia generale d'urgenza e pronto soccorso
8) Clinica medica
9) Fisiopatologia
10) Fisiopatologia cardiocircolatoria
11) Fisiopatologia cardiovascolare
12) Fisiopatologia digestiva
13) Fisiopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria
14) Fisiopatologia respiratoria
15) Gastroenterologia
16) Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
17) Malattie cardiovascolari
18) Malattie cardiovascolari e reumatiche
19) Malattie del fegato e del ricambio
20) Malattie dell'apparato cardiovascolare
21) Malattie dell'apparato digerente
22) Malattie dell'apparato respiratorio
23) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
24) Medicina d'urgenza
25) Medicina d'emergenza-urgenza
26) Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza
27) Medicina generale
28) Medicina interna
29) Pronto soccorso e terapia d'urgenza
30) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio

MEDICINA INTERNA

<u>Specializzazioni</u>

1) Clinica medica
2) Clinica medica e semeiotica
3) Clinica medica generale

4) Clinica medica generale e terapia medica
5) Medicina generale
6) Medicina interna
7) Patologia speciale e clinica medica
8) Patologia speciale medica
9) Patologia speciale medica e metodologia clinica
10) Patologia speciale medica e terapia medica
11) Semeiotica medica

MEDICINA DEL LAVORO

Specializzazioni

1) Clinica del lavoro
2) Clinica delle malattie del lavoro
3) Fisiologia e igiene del lavoro industriale
4) Igiene industriale
5) Medicina del lavoro
6) Medicina del lavoro e assicurazioni
7) Medicina preventiva dei lavoratori
8) Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
9) Medicina preventiva delle malattie professionali e psico-tecniche
10) Tossicologia industriale

MEDICINA DELLO SPORT

Specializzazioni

1) Medicina dello sport

MEDICINA DI COMUNITÀ

Specializzazioni

1) Medicina di comunità

MEDICINA LEGALE

Specializzazioni

1) Medicina legale
2) Medicina legale del lavoro
3) Medicina legale e delle assicurazioni
4) Medicina legale e delle assicurazioni sociali
5) Medicina legale ed infortunistica

MEDICINA NUCLEARE

Specializzazioni

1) Fisica nucleare applicata alla medicina
2) Medicina nucleare
3) Radiologia medica e medicina nucleare
4) Radiologia medica e radioterapia

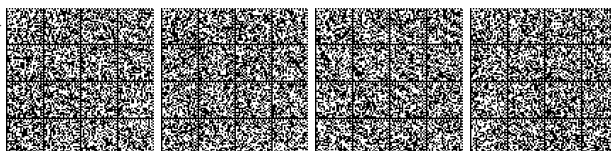
MEDICINA TRASFUSIONALE

Specializzazioni

1) Allergologia e immunologia clinica
2) Analisi chimico cliniche
3) Analisi chimico cliniche e microbiologiche
4) Biochimica clinica
5) Citogenetica umana
6) Ematologia
7) Ematologia clinica e di laboratorio
8) Ematologia generale e clinica di laboratorio
9) Genetica applicata
10) Genetica medica
11) Immunoematologia
12) Immunoematologia e trasfusione
13) Medici laboratoristi
14) Medicina trasfusionale
15) Patologia clinica
16) Patologia generale
17) Semeiotica e diagnostica di laboratorio

MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA

Specializzazioni

1) Microbiologia
2) Microbiologia e virologia
3) Microbiologia medica
4) Virologia

NEFROLOGIA

Specializzazioni

1) Emodialisi
2) Malattie del rene, del sangue e del ricambio
3) Nefrologia
4) Nefrologia chirurgica
5) Nefrologia di interesse chirurgico
6) Nefrologia medica

NEONATOLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica pediatrica
2) Neonatologia
3) Pediatria
4) Pediatria e puericultura
5) Pediatria preventiva e puericultura
6) Pediatria preventiva e sociale
7) Pediatria sociale e puericultura
8) Puericultura
9) Puericultura e dietetica infantile
10) Puericultura ed igiene infantile
11) Puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia

NEUROCHIRURGIA

Specializzazioni

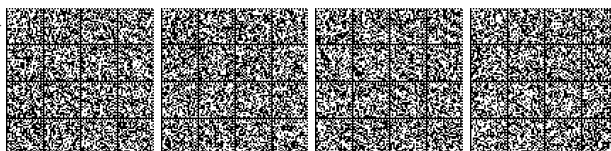
1) Neurochirurgia

NEUROFISIOPATOLOGIA

Specializzazioni

1) Neurofisiologia clinica
2) Neurofisiopatologia
3) Neurologia
4) Neuropatologia

NEUROLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie nervose e mentali
2) Clinica neurologica
3) Clinica neurologica e malattie mentali
4) Clinica neuropatologica
5) Clinica neuropsichiatrica
6) Clinica neuropsichiatrica e neuropatologia
7) Malattie nervose
8) Malattie nervose e mentali
9) Neurofisiologia clinica
10) Neurofisiopatologia
11) Neurologia
12) Neurologia e psichiatria
13) Neuropatologia
14) Neuropatologia e psichiatria
15) Neuropsichiatria
16) Psichiatria e neuropatologia

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Specializzazioni

1) Neuropsichiatria infantile

NEURORADIOLOGIA

Specializzazioni

1) Neuroradiologia
2) Radiologia
3) Radiologia diagnostica
4) Radiologia medica
5) Radiologia medica e radioterapia

OCULISTICA

Specializzazioni

1) Chirurgia oculare
2) Clinica oculistica
3) Clinica oftalmologica
4) Oculistica
5) Oftalmia e clinica oculistica

6) Oftalmoiatria e clinica oculistica
7) Oftalmologia
8) Oftalmologia e clinica oculistica
9) Oftalmologia e oculistica
10) Patologia e clinica oculistica
11) Patologia oculare e clinica oculistica

ODONTOIATRIA

Specializzazioni

1) Chirurgia odontostomatologica
2) Clinica odontoiatrica
3) Clinica odontoiatrica e stomatologia
4) Odontoiatria
5) Odontoiatria e protesi dentale o dentaria
6) Odontoiatria e protesi dentaria
7) Odontostomatologia
8) Odontostomatologia e protesi dentale o dentaria
9) Ortognatodonzia
10) Stomatologia
11) Stomatologia e chirurgia maxillo-facciale

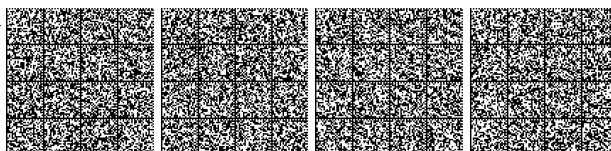
ONCOLOGIA

Specializzazioni

1) Chemioterapia
2) Chemioterapia antiblastica
3) Oncologia
4) Oncologia clinica
5) Oncologia generale
6) Oncologia medica

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE

Specializzazioni

1) Igiene
2) Igiene e medicina preventiva
3) Igiene e sanità pubblica
4) Igiene generale e speciale

5) Igiene pubblica
6) Organizzazione dei servizi sanitari di base

ORTOPEDIA

Specializzazioni

1) Chirurgia della mano
2) Clinica ortopedica
3) Clinica ortopedica e traumatologia
4) Clinica ortopedica e traumatologia apparato motore
5) Ortopedia
6) Ortopedia e traumatologia
7) Ortopedia e traumatologia dell'apparato motore
8) Traumatologia e chirurgia ortopedica

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica ostetrica
2) Clinica ostetrica e ginecologica
3) Fisiopatologia della riproduzione umana
4) Fisiopatologia della riproduzione umana ed educazione demografica
5) Fisiopatologia ostetrica e ginecologica
6) Ginecologia e ostetricia
7) Ostetricia
8) Ostetricia e ginecologia
9) Patologia della riproduzione umana
10) Patologia e clinica ostetrica e ginecologica
11) Patologia ostetrica e ginecologica

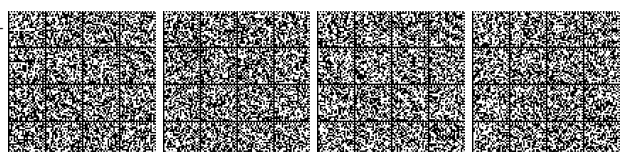
OTORINOLARINGOIATRIA

Specializzazioni

1) Clinica otorinolaringoiatrica
2) Otorinolaringoiatria
3) Otorinolaringoiatria e patologia cervico-facciale

PATOLOGIA CLINICA

Specializzazioni

1) Analisi biologiche

2) Analisi chimico cliniche

3) Analisi chimico cliniche e microbiologiche

4) Analisi chimico-cliniche di laboratorio

5) Analisi chimico-cliniche e microbiologia

6) Analisi cliniche

7) Analisi cliniche di laboratorio

8) Applicazioni biotecnologiche

9) Batteriologia

10) Biochimica

11) Biochimica analitica

12) Biochimica applicata

13) Biochimica clinica

14) Biochimica e chimica clinica

15) Biochimica sistematica umana

16) Biologia clinica

17) Chimica analitica

18) Chimica biologica

19) Chimica biologica e biochimica

20) Citogenetica umana

21) Clinica di laboratorio

22) Igiene e medicina preventiva con orientamento di laboratorio

23) Igiene: indirizzo laboratorio di sanità pubblica

24) Medici laboratoristi

25) Medicina preventiva con orientamento di laboratorio

26) Microbiologia

27) Microbiologia clinica

28) Microbiologia e virologia

29) Microbiologia indirizzo in tecniche microbiologiche

30) Microbiologia medica

31) Patologia clinica

32) Patologia generale

33) Semeiotica e diagnostica di laboratorio

34) Settore laboratorista

35) Settori e medici laboratoristi ospedalieri
36) Specialista in analisi cliniche e di laboratorio
37) Specialista in analisi cliniche e specialista medico laboratorista
38) Specialista medico di laboratorio
39) Tossicologia
40) Virologia

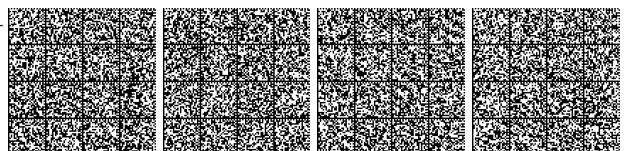
PEDIATRIA

Specializzazioni

1) Clinica pediatrica
2) Clinica pediatrica e puericultura
3) Neonatologia
4) Patologia e clinica pediatrica
5) Patologia neonatale
6) Pediatria
7) Pediatria e puericultura
8) Pediatria preventiva e puericultura
9) Pediatria preventiva e sociale
10) Pediatria sociale e puericultura
11) Puericultura
12) Puericultura e dietetica infantile
13) Puericultura ed igiene infantile
14) Puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia

PNEUMOLOGIA

Specializzazioni

1) Broncopneumologia
2) Clinica della tubercolosi
3) Clinica della tubercolosi e delle vie urinarie
4) Clinica della tubercolosi e malattie dell'apparato respiratorio
5) Clinica della tubercolosi e malattie delle vie respiratorie
6) Fisiopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria
7) Fisiopatologia respiratoria
8) Malattie dell'apparato respiratorio
9) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia

10) Malattie polmonari e dei bronchi

11) Pneumologia e fisiopatologia respiratoria

12) Pneumotisiologia

13) Tisiologia

14) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio

15) Tisiologia e malattie polmonari

16) Tubercolosi e malattie delle vie respiratorie

PSICHIATRIA

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie nervose e mentali

2) Clinica neurologica e malattie mentali

3) Clinica neuropsichiatrica

4) Clinica psichiatrica

5) Clinica psichiatrica e neuropatologica

6) Igiene mentale

7) Malattie nervose e mentali

8) Neurologia e psichiatria

9) Neuropatologia e psichiatria

10) Neuropsichiatria

11) Psichiatria

12) Psichiatria e neuropatologia

PSICOLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie nervose e mentali

2) Clinica psichiatrica

3) Igiene mentale

4) Malattie nervose e mentali

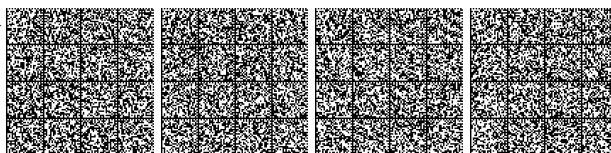
5) Medicina psicosomatica

6) Neurologia e psichiatria

7) Neuropsichiatria

8) Neuropsichiatria infantile

9) Neuropsichiatria infantile e psicologia dell'età evolutiva

10) Psichiatria

11) Psicologia
12) Psicologia clinica e psicoterapia
13) Psicologia del ciclo di vita
14) Psicologia dell'età evolutiva
15) Psicologia medica
16) Psicologia sociale e applicata

PSICOTERAPIA

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie nervose e mentali
2) Clinica psichiatrica
3) Igiene mentale
4) Malattie nervose e mentali
5) Medicina psicosomatica
6) Neuropsichiatria
7) Neuropsichiatria infantile
8) Neuropsichiatria infantile e psicologia dell'età evolutiva
9) Neuropsicologia e psichiatria
10) Psichiatria
11) Psicologia clinica
12) Psicologia clinica e psicoterapia
13) Psicologia del ciclo di vita
14) Psicologia dell'età evolutiva
15) Psicologia medica
16) Psicoterapia

RADIOLOGIA

Specializzazioni

1) Radiodiagnostica
2) Radiodiagnostica e scienza delle immagini
3) Radiologia
4) Radiologia diagnostica
5) Radiologia e fisioterapia
6) Radiologia e radioterapia
7) Radiologia e terapia fisica

8) Radiologia e terapia fisica radiologica indirizzo radiodiagnostica e scienza delle immagini
9) Radiologia ed elettroterapia
10) Radiologia medica
11) Radiologia medica e medicina nucleare
12) Radiologia medica e radioterapia
13) Radiologia medica e terapia fisica
14) Radiologia radiodiagnostica

RADIOTERAPIA

Specializzazioni

1) Radiologia
2) Radiologia medica
3) Radiologia medica e radioterapia
4) Radioterapia
5) Radioterapia oncologica

REUMATOLOGIA

Specializzazioni

1) Cardiologia e reumatologia
2) Reumatologia

SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA

Specializzazioni

1) Dietologia
2) Dietologia e dietetica applicata
3) Fisiologia e scienza dell'alimentazione
4) Fisiopatologia digestiva
5) Gastroenterologia
6) Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
7) Malattie dell'apparato digerente
8) Scienza dell'alimentazione
9) Scienza dell'alimentazione e dietetica
10) Scienza dell'alimentazione e dietologia

TOSSICOLOGIA MEDICA

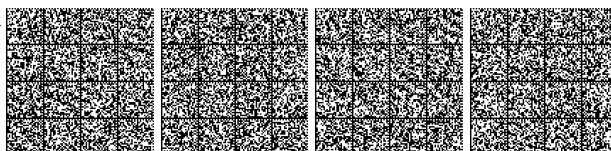
Specializzazioni

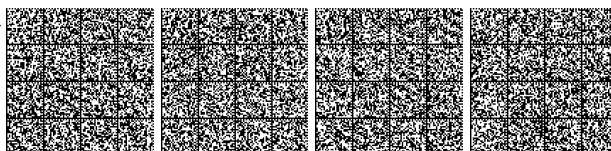
1) Farmacoterapia e tossicologia medica

2) Medicina tossicologica e farmacoterapia
3) Tossicologia
4) Tossicologia clinica
5) Tossicologia forense
6) Tossicologia industriale
7) Tossicologia medica

UROLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie delle vie urinarie
2) Clinica urologica
3) Malattie delle vie urinarie
4) Malattie genito-urinarie
5) Nefrologia chirurgica
6) Patologia e clinica delle vie urinarie
7) Patologia urologica
8) Urologia
9) Urologia ed emodialisi

b) Scuole universitarie di specializzazione (BIOLOGI)

1) Analisi chimico cliniche
2) Applicazioni biotecnologiche
3) Biochimica analitica
4) Biochimica clinica
5) Biochimica e chimica clinica
6) Biochimica marina
7) Biotecnologie
8) Chimica analitica
9) Chimica biologica
10) Chimica e tecnologie alimentari
11) Citogenetica umana
12) Economia sistema agroalimentare
13) Endocrinologia sperimentale
14) Farmacognosia (esercizio sanitario, ricerca applicata all'industria)
15) Farmacologia
16) Farmacologia applicata
17) Fisiologia e scienza dell'alimentazione
18) Fitopatologia
19) Genetica
20) Genetica medica
21) Igiene
22) Igiene e medicina preventiva
23) Immunogenetica
24) Immunologia diagnostica
25) Microbiologia
26) Microbiologia applicata
27) Microbiologia e virologia
28) Microbiologia medica
29) Patologia clinica
30) Patologia generale
31) Scienza dell'alimentazione
32) Scienza e tecnica piante medicinali

33) Scienza e tecnica piante officinali

34) Scienza e tecnologie cosmetiche

35) Statistica medica

36) Statistica sanitaria

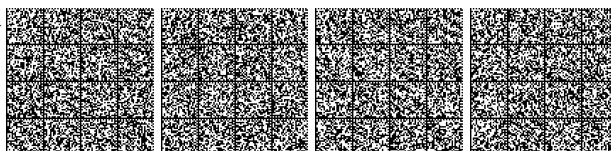
37) Tecniche biomediche

38) Tecniche microbiologiche

39) Tecnologie alimentari

40) Tossicologia

41) Tossicologia forense

42) Virologia

c) Scuole universitarie di specializzazione (CHIMICI)

1) Analisi chimico cliniche
2) Applicazioni biotecnologiche
3) Biochimica analitica
4) Biochimica clinica
5) Biochimica e chimica clinica
6) Biochimica marina
7) Biotecnologie
8) Chimica analitica
9) Chimica applicata all'igiene
10) Chimica clinica
11) Chimica e farmacologia delle sostanze organiche naturali
12) Chimica e tecnologia delle sostanze organiche naturali
13) Chimica e tecnologie alimentari
14) Citogenetica umana
15) Conserve alimentari di origine vegetale
16) Economia sistema agroalimentare
17) Endocrinologia sperimentale
18) Farmacognosia (esercizio sanitario, ricerca applicata all'industria)
19) Farmacologia
20) Farmacologia applicata
21) Fisiologia e scienza dell'alimentazione
22) Fitopatologia
23) Genetica
24) Genetica medica
25) Igiene
26) Igiene e medicina preventiva
27) Immunologia diagnostica
28) Istochimica e citochimica
29) Metodologie chimiche di controllo e di analisi
30) Microchimica
31) Microchimica applicata
32) Microchimica e virologia

33) Microchimica medica

34) Patologia clinica

35) Patologia generale

36) Scienza dell'alimentazione

37) Scienza e tecnica piante medicinali

38) Scienza e tecnica piante officinali

39) Scienza e tecnologie cosmetiche

40) Sicurezza e protezione industriale

41) Statistica medica

42) Statistica sanitaria

43) Tecniche biomediche

44) Tecniche microbiologiche

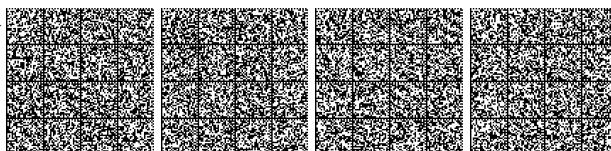
45) Tecnologie alimentari

46) Tecnologie chimiche di processo

47) Tossicologia

48) Tossicologia forense

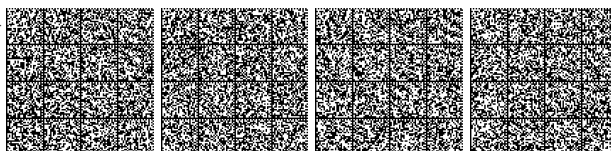
49) Virologia

50) Viticoltura ed enologie

d) Scuole universitarie di specializzazione (PSICOLOGI)

PSICOLOGIA

1) Neuropsicologia
2) Psicologia clinica
3) Psicologia del ciclo di vita
4) Psicologia dell'età evolutiva
5) Psicologia della salute
6) Psicologia sociale e applicata
7) Psicologia sociale e del lavoro
8) Valutazione psicologica

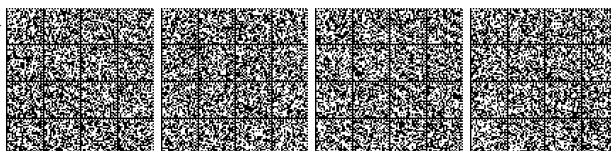
PSICOTERAPIA

1) Clinica delle malattie nervose e mentali
2) Igiene mentale
3) Malattie nervose e mentali
4) Neurologia e psichiatria
5) Neuropsichiatria
6) Neuropsichiatria infantile
7) Psichiatria
8) Psicologia clinica
9) Psicologia del ciclo di vita
10) Psicologia della salute
11) Psicologia dell'età evolutiva

Specializzazioni della medicina veterinaria

BRANCA DELLA SANITÀ ANIMALE

SANITÀ ANIMALE

Specializzazioni:

1) Alimentazione animale
2) Alimentazione degli animali domestici
3) Allevamento e igiene degli animali
4) Biotecnologie veterinarie
5) Chirurgia veterinaria
6) Clinica bovina
7) Clinica dei piccoli animali
8) Clinica e malattia dei piccoli animali
9) Clinica ostetrica e ginecologica veterinaria
10) Diritto e legislazione veterinaria
11) Etologia applicata e benessere degli animali di interesse zootecnico e degli animali da affezione
12) Farmacologia e tossicologia veterinaria
13) Fisiopatologia della riproduzione degli animali domestici
14) Igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale
15) Malattie dei piccoli animali
16) Malattie infettive, profilassi e polizia veterinaria
17) Medicina e chirurgia del cavallo
18) Microbiologia indirizzo in tecniche microbiologiche
19) Miglioramento genetico degli animali domestici
20) Parassitologia degli animali domestici
21) Patologia aviare
22) Patologia e clinica degli animali d'affezione
23) Patologia suina
24) Radiologia veterinaria
25) Sanità animale, allevamento e produzioni zootecniche
26) Sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali
27) Sanità pubblica veterinaria
28) Scienza e medicina degli animali da laboratorio

29) Tecnologia avicola e patologia aviare

30) Tecnologia e patologia avicunicola

31) Tecnologia e patologia delle specie avicole, del coniglio e della selvaggina

BRANCA DELL'IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI.

IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI.

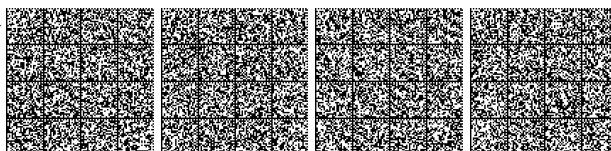
Specializzazioni:

1) Allevamento, igiene, patologia delle specie acquatiche e controllo dei prodotti derivati
2) Biochimica marina
3) Diritto e legislazione veterinaria
4) Igiene delle produzioni e commercializzazioni degli alimenti di origine animale
5) Igiene e controllo dei prodotti della pesca e dell'acquacoltura
6) Igiene e tecnologia del latte e derivati
7) Igiene e tecnologia delle carni
8) Ispezione degli alimenti di origine animale
9) Ispezione degli alimenti di origine animale e loro derivati
10) Miglioramento quanti-qualitativo degli alimenti di origine animale
11) Patologia aviare
12) Produzione ed ispezione degli organismi acquatici d'interesse alimentare
13) Sanità pubblica veterinaria
14) Tecnica conserviera ed igiene degli alimenti di origine animale
15) Tecnologia ed igiene delle carni

BRANCA DELL'IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE.

IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

Specializzazioni:

1) Alimentazione animale
2) Alimentazione degli animali domestici
3) Allevamento ed igiene degli animali
4) Allevamento, igiene, patologia delle specie acquatiche e controllo dei prodotti derivati
5) Biochimica marina e biotecnologie applicate alla pesca e all'acquacoltura
6) Biotecnologie veterinarie
7) Chirurgia veterinaria
8) Clinica bovina

9) Dietologia comparata animale

10) Diritto e legislazione veterinaria

11) Etologia applicata e benessere degli animali di interesse zootecnico e degli animali da affezione

12) Farmacologia e tossicologia veterinaria

13) Fisiopatologia della riproduzione degli animali domestici

14) Igiene delle produzioni e commercializzazioni degli alimenti di origine animale

15) Igiene e controllo dei prodotti della pesca e dell'acquacoltura

16) Igiene e tecnologia del latte e derivati

17) Igiene e tecnologia delle carni

18) Ispezione degli alimenti di origine animale

19) Malattie infettive, profilassi e polizia veterinaria

20) Medicina e chirurgia del cavallo

21) Miglioramento genetico degli animali domestici

22) Miglioramento genetico degli animali domestici e delle produzioni zootecniche

23) Miglioramento quanti-qualitativo degli alimenti di origine animale

24) Patologia aviare

25) Patologia e clinica degli animali d'affezione

26) Patologia suina

27) Sanità animale, allevamento e produzioni zootecniche

28) Sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali

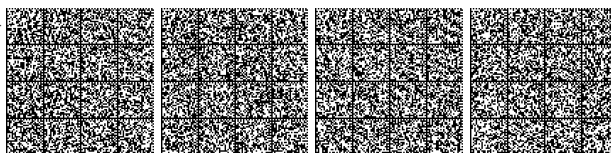
29) Sanità pubblica veterinaria

30) Scienza e medicina degli animali da laboratorio

31) Tecnologia avicola

32) Tecnologia avicola e patologia aviare

33) Tecnologia avicunicola

34) Tecnologia e patologia delle specie avicole, del coniglio e della selvaggina"

ART. 3 – ARRETRATI

1. Preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e considerata la scelta di addivenire alla sottoscrizione del presente ACN in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018, le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN), per i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari e professionisti sanitari (biologi, chimici, psicologi), da erogarsi secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

Medici Specialisti Ambulatoriali Interni/Veterinari – tempo indeterminato

TABELLA A1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,20
arretrati 2011	0,29
arretrati 2012	0,29
arretrati 2013	0,29
arretrati 2014	0,29
arretrati 2015	0,29

Altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) – tempo indeterminato

TABELLA B1 – Arretrati 2010 - 2015

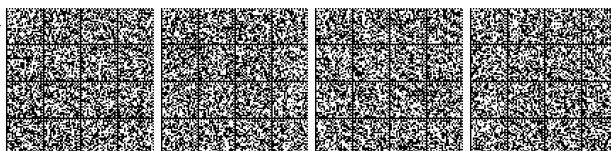
Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,14
arretrati 2011	0,21
arretrati 2012	0,21
arretrati 2013	0,21
arretrati 2014	0,21
arretrati 2015	0,21

Medici Specialisti Ambulatoriali Interni/Veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) – tempo determinato

TABELLA C1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,19
arretrati 2011	0,29
arretrati 2012	0,29
arretrati 2013	0,29
arretrati 2014	0,29
arretrati 2015	0,29

2. Per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza) e a seguito della adozione degli elenchi delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi, sono corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017) secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

Medici Specialisti Ambulatoriali Interni/Veterinari – tempo indeterminato

TABELLA A2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/per ora
arretrati 2016	0,38
arretrati 2017	0,67

Altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) – tempo indeterminato

TABELLA B2 – Arretrati 2016 - 2017

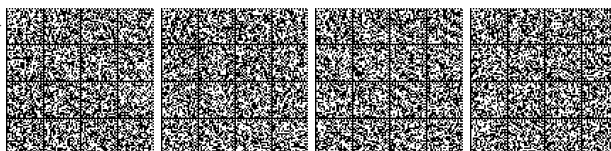
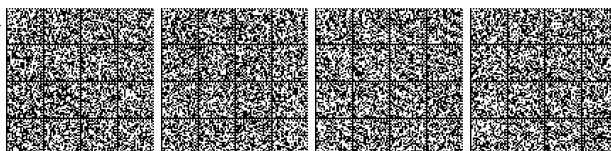
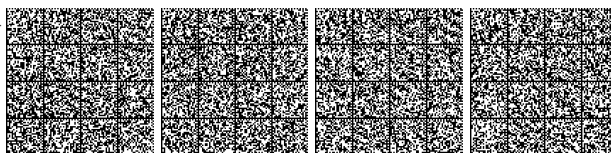
Anno	€/per ora
arretrati 2016	0,23
arretrati 2017	0,44

Medici Specialisti Ambulatoriali Interni/Veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) – tempo determinato

TABELLA C2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/per ora
arretrati 2016	0,39
arretrati 2017	0,67

3. Gli arretrati di cui alle tabelle del comma 1 e del comma 2 sono corrisposti ai medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari e professionisti sanitari (biologi, chimici, psicologi) per ogni ora di attività nell'anno di riferimento.
4. Gli arretrati di cui al comma 1 del presente articolo sono corrisposti entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN.
5. Gli arretrati di cui al comma 2 del presente articolo sono corrisposti entro i 90 giorni successivi al termine di cui al comma precedente.

ART. 4 – ENTRATA IN VIGORE DELL'ACCORDO E RAPPRESENTATIVITÀ A LIVELLO DECENTRATO

1. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
3. Le organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.

RELAZIONE TECNICO - ILLUSTRATIVA DELL'IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)*

ACCORDO FINALIZZATO AGLI OBIETTIVI PRIORITARI ED URGENTI

DEL

TRIENNIO NORMATIVO ED ECONOMICO 2016-2018

*RELAZIONE REDATTA AI SENSI DEI COMMI 3, 4 E 5 DELL'ART. 47 E COMMA 3 DELL'ART. 48 D.LGS. 30 MARZO 2001, N. 165 E SMI.

INDICE

RELAZIONE ILLUSTRATIVA E DI COMPATIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

PARTE I – OBIETTIVI GENERALI

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEL TESTO CONTRATTUALE

I. PREMESSA.

Con l'entrata in vigore della Legge 8 novembre 2012, n. 189, norma di conversione del D.L 13 settembre 2012, n. 158 (Decreto Balduzzi), è stato riformato l'impianto normativo di riferimento del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN. In particolare sono state apportate modifiche, integrazioni ed abrogazioni sul testo vigente dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante disposizioni per il "riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

Le disposizioni introdotte modificano l'assetto dei vigenti Accordi Collettivi Nazionali e dei relativi accordi decentrati (regionali ed aziendali).

La riforma all'art. 1, comma 6, prevedeva che entro 180 (centottanta) giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, si provvedesse, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali con particolare riguardo ai principi di cui alle lettere: b-bis), b-ter), b-quater), b-quinquies), b-sexies), h), h-bis) e h-ter) dell'art. 8, comma 1, come modificato dalla stessa Legge 189/2012, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell'articolo 15, comma 25, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e delle disposizioni ivi richiamate.

Disponeva inoltre che entro i successivi novanta giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, fossero stipulati i relativi accordi regionali attuativi. Il termine previsto non è stato rispettato ma il 12 febbraio 2014 il Comitato di Settore per il Comparto Regioni-Sanità esitava l'atto di indirizzo originario che in pari data veniva inoltrato al Governo per acquisire il previsto parere ex art. 47, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Decorso il termine previsto (20 giorni) ed in considerazione dell'intervenuto silenzio-assenso del Governo, il Comitato trasmetteva alla SISAC in data 18 marzo 2014 l'atto di indirizzo "*al fine di dare avvio alle trattative con le OO.SS.*".

In data 26 marzo 2014, in ottemperanza alle disposizioni di funzionamento della Struttura (L. 289/2002, Accordo Stato-Regioni 5 dicembre 2013) la SISAC convocava il Comitato dei Rappresentanti delle Regioni e delle Province Autonome (organismo composto dai rappresentanti di tutte le Regioni e Province e dei Ministeri della Salute, del Lavoro e dell'Economia) che all'unanimità ratificava la piattaforma negoziale redatta sulla scorta dell'Atto di indirizzo ricevuto.

Esperite le procedure formali le controparti sindacali di tutti e tre i settori in rapporto di convenzionamento con il SSN (medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie - psicologi, biologi e chimici) venivano convocate congiuntamente in data 11 aprile 2014 per l'apertura delle trattative e per affrontare le questioni di carattere generale e metodologico cui attenersi nella contrattazione.

Seguivano incontri alternati ad interruzioni durante le quali le OO.SS., in particolare della medicina generale e della pediatria di libera scelta, chiedevano interlocuzioni con il Comitato di Settore del comparto Regioni Sanità allo scopo di dirimere preventivamente alcune loro preoccupazioni. Il Comitato si riuniva in più occasioni e nel frattempo alcune sigle sindacali proclamavano uno sciopero nazionale per il 19 maggio 2015. Le trattative dei due settori interessati (medicina generale e pediatria di libera scelta) si interrompevano.

Esplorata la volontà delle sigle rappresentative del settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità (Psicologi, biologi e chimici), ed acquisito il loro riscontro positivo, in data 14 maggio 2015 veniva convocato il tavolo negoziale del citato settore per intraprendere le trattative specifiche connesse al mandato ricevuto. L'ACN in questione per la sola parte normativa è stato sottoscritto dalle parti negoziali il 30 luglio 2015 e reso esecutivo, a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015 (cfr. Rep. Atti. 227/CSR del 17 dicembre 2015).

Per gli altri settori, segnatamente medicina generale e pediatria di libera scelta, le trattative restano interrotte anche per la parte normativa fino ad un nuovo intervento del Comitato di settore di comparto che, allo scopo di ridurre le distanze tra le parti negoziali demanda ai tecnici di verificare la possibilità di superare le criticità sulle quali si è arenata la trattativa elaborando un documento di interpretazione dell'atto di indirizzo.

Dopo una serie di vicissitudini molto travagliate il neoricostituito Comitato di Settore delibera, in data 13 aprile 2016 un "documento integrativo" che, in applicazione del sopravvenuto Patto della Salute 2014-2016, tiene fermo l'atto di indirizzo originario chiarendone alcuni contenuti precettivi. Il documento diviene esecutivo in forza dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs, 30 marzo 2001, n. 165 (silenzio assenso del Governo).

La SISAC, aderendo ad una richiesta propedeutica delle OO.SS. elabora e consegna una prima bozza integrale di AA.CC.NN. di settore che viene trasmessa alle controparti in data 1 giugno 2016. Seguono vari incontri tra le delegazioni al tavolo che consentono alla Struttura di emendare la bozza con quanto nel frattempo concordato. La proposta negoziale emendata con le osservazioni accolte viene ritrasmessa in data 5 dicembre 2016. Tutte le ipotesi fino a quel punto sono elaborate, in adesione alle disposizioni di legge vigenti, per la sola parte normativa e senza determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

In tale contesto le OO.SS. interrompono nuovamente le trattative chiedendo nuove direttive che includano anche la parte economica che, nel frattempo, viene definita nelle leggi di stabilità approvate dal Parlamento. In data 27 luglio 2017 il Comitato di Settore delibera una nuova "nota di aggiornamento dell'Atto di Indirizzo" con la quale, alla luce sia dei contenuti delle leggi di stabilità che delle indicazioni contenute in diversi atti normativi e documenti di programmazione (Patto Salute 2014-2016, DM 70/2015, Piano Nazionale Cronicità, PNPV, Accordo Stato-Regioni 24 novembre 2016 su numero europeo armonizzato a valenza sociale 116-117, nuovi Lea – DPCM 12 gennaio 2017, Legge 24/2017), fornisce alla SISAC ulteriori indicazioni per le trattative con le OOSS dei medici convenzionati. Anche questa nota diviene esecutiva in forza dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs, 30 marzo 2001, n. 165 (silenzio assenso del

Governo). Le trattative ripartono sempre e solo per la parte normativa in entrambi i settori della medicina generale e della pediatria di libera scelta ma il nodo della mancanza di certezze sulla presenza della componente di revisione economica rallenta e poi frena definitivamente il negoziato. Il Comitato di Settore, a seguito di chiarimenti intercorsi con il Governo, giunge alla conclusione di emanare un "documento integrativo di aggiornamento dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata", esitato il 19 febbraio 2018, con il quale "integra il contenuto degli atti già deliberati in data 12 febbraio 2014, 13 aprile 2016, 8 marzo 2017 e 27 luglio 2017 e trasmessi alla SISAC al fine di procedere alle trattative di rinnovo degli AACCNN di settore", chiarisce il contenuto delle risorse disponibili per il triennio in questione e affida all'agente negoziale il compito di affrontare nell'immediato alcune esigenze organizzativo-normative che impongono un tempestivo adeguamento degli AACCNN in questione fermo restando l'assunzione dell'impegno di tutte le parti negoziali a concludere l'intera contrattazione del triennio 2016-2018 (normativo ed economico). A fronte della condivisione e definizione di tali "obiettivi prioritari" sono rese disponibili le "risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale...".

II. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO E INDIRIZZI ALLA CONTRATTAZIONE.

Negli ultimi anni, cioè grosso modo dalla sigla degli ultimi ACN, la situazione economica del Paese è notevolmente peggiorata e con essa è diventata molto più critica la stabilità finanziaria del SSN. Ciò ha generato tra l'altro due fenomeni principali che rilevano in questa sede. Il primo può essere descritto come la produzione di un "corpus" normativo volto a fronteggiare la crisi economica adeguando l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica ai vincoli imposti dalla gestione del bilancio statale nel rispetto delle regole comunitarie. Possono essere inserite in quest'ambito: il decreto legislativo 150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", la legge 111/2011 "disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", la legge 135/2012, "disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", la legge 189/2012 "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e da ultimo il DPR 122/2013 "Regolamento in materia di proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per i pubblici dipendenti".

Il secondo fenomeno attiene sia alle ricadute delle norme citate sul contesto sanitario, sia al tentativo di mettere a punto programmi e strumenti atti a contenere la spesa sanitaria e a migliorare l'efficienza del sistema cercando di evitare, come usa dire, di gettare il bambino con l'acqua sporca, cioè di peggiorare la qualità dell'assistenza. Per semplicità ci si riferisce al blocco dei contratti di lavoro, ai Piani regionali di rientro, ai vari tentativi di "spending review", agli interventi sulla dotazione complessiva dei posti-letto, ai tetti sulla spesa farmaceutica, all'introduzione dei costi standard e - più rilevante ai presenti fini - alla necessità di riforma delle cure primarie. Tutti questi interventi miravano in sostanza a razionalizzare la struttura dell'offerta di servizi agendo sia sul costo unitario dei fattori, sia sulla composizione della struttura produttiva al fine di razionalizzare la spesa ospedaliera, con l'ammodernamento della rete dei presidi, e sviluppare l'assistenza territoriale.

L'efficacia di tali manovre è in larga misura "*sub iudice*". Sono state richiamate solo perché è da tale contesto che scaturisce l'originario atto di indirizzo che dà il via al rinnovo degli ACN solo per la parte normativa. In estrema sintesi si può dire che l'atto di indirizzo, in coerenza con la sua genesi, mira al potenziamento della rete dei servizi di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di specialistica ambulatoriale, introducendo maggiore chiarezza tra i livelli di autonomia, responsabilità e competenze spettanti ai vari attori del sistema e nel rispetto dei vincoli finanziari posti nei confronti sia del bilancio pubblico, sia del compenso dei singoli professionisti.

Tale impostazione, unitamente all'esigenza di conferire più trasparenza al governo del settore, ha naturalmente generato la necessità di procedere alla revisione completa dei testi degli ACN in questione.

In una seconda fase però, fase che prende le mosse certamente dallo "spartiacque" della sentenza della Corte Costituzionale n. 178 del 24 giugno 2015, il Governo ed il Legislatore sono chiamati ad intervenire anche sulla integrazione economica delle discipline contrattuali. Ne scaturiscono pertanto una serie di nuovi provvedimenti che, pur tenendo fermi gli assunti connessi alla revisione normativa, avviano un percorso di finanziamento delle risorse destinate alla contrattazione. Si richiamano all'uopo la legge 208/2015, (legge di stabilità 2016), la legge 232/2016 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), legge 205/2017 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) ed i rispettivi decreti attuativi.

AUTONOMIA, RESPONSABILITÀ E COMPETENZE TRA I VARI ATTORI DEL SISTEMA.

Al fine di chiarire ulteriormente il contesto istituzionale entro cui si devono collocare i nuovi Accordi nazionali e in coerenza col primo comma, dell'art. 1, della legge 189/12, l'Atto di indirizzo richiama alcuni principi che più propriamente si potrebbero definire "pre" o "meta" contrattuali, in quanto attinenti le materie proprie del tavolo negoziale ma poste, dalla legge citata

prima ancora che dall'Atto, su un piano normativo distinto e separato da quello della contrattazione.

In particolare si fa riferimento agli aspetti riconducibili alla sintetica notazione presente nella premessa dell'Atto stesso là dove si afferma che "mentre alla convenzione nazionale è affidata l'organizzazione del rapporto di lavoro tra medici e SSN, la revisione ed implementazione del modello organizzativo dovrà essere lasciata esclusivamente all'autonomia regionale in modo da tenere conto delle specificità regionali. Alle convenzioni nazionali è ovviamente affidato l'importante compito di fornire indicazioni di carattere generale rispetto ai modelli organizzativi per garantire una certa omogeneità di servizio a livello nazionale".

Si tratta in particolare degli aspetti di seguito richiamati:

a) adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo definito dalla Regione;
b) superamento di tutte le forme organizzative esistenti e loro sostituzione con le AFT e UCCP;
c) adesione al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione;
d) avvio della contrattazione per l'AIR, una volta definita la programmazione del nuovo assetto organizzativo, e suo perfezionamento entro 12 mesi, pena la sospensione unilaterale della parte economica dell'AIR;
e) accessibilità alle cure e continuità dell'assistenza con integrazione, nell'ambito del modello organizzativo adottato da ciascuna Regione, dei medici a ciclo di scelta e dei medici ad attività oraria; integrazione con i servizi dell'emergenza urgenza ed attivazione del numero unico 116-117.
f) istituzione del ruolo unico delle Cure Primarie;
g) revisione del rapporto ottimale in base alle determinazioni regionali.

Oltre tali aspetti prioritari si possono richiamare anche:

a) la verifica della coerenza del testo degli ACN alle disposizioni normative del D.lgs. 150/09 e smi e all'adozione di eventuali adeguamenti;

b) la revisione della normativa della rappresentatività e dei diritti sindacali, al fine di rendere più trasparente e omogeneo tra i settori l'esercizio del diritto di rappresentanza sindacale, includendo il meccanismo di quantificazione e attribuzione delle ore disponibili per l'attività sindacale, nonché le modalità di attribuzione degli oneri per la sostituzione prevista per lo svolgimento dell'attività sindacale;
c) la revisione e l'aggiornamento del testo di tutti gli ACN.

Va ricordato infine che tutte le innovazioni indicate in precedenza così come quelle che seguono, nonché quelle che saranno introdotte nei testi dei nuovi ACN, devono trovare l'eventuale fonte di finanziamento all'interno delle disponibilità finanziarie definite a livello nazionale tanto per il pubblico impiego contrattualizzato quanto per il settore in regime di convenzionamento con il SSN (cfr in particolare *infra* § III – Disponibilità finanziarie).

ACCORDO FINALIZZATO AGLI OBIETTIVI PRIORITARI ED URGENTI.

Si è già avuto modo di rappresentare che nella fase attuale, fermo restando gli indirizzi contenuti negli atti esitati dal Comitato di Settore per il comparto Regioni-Sanità, la contrattazione affidata alla SISAC con le più recenti linee di indirizzo del 19 febbraio 2018 ha esitato la sottoscrizione dell'ACN in esame che attiene i seguenti punti specifici:

1) realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza);
2) necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio;
3) l'istituzione di uno specifico settore inerente l'assistenza negli istituti penitenziari, la cui competenza è stata trasferita in carico al SSN con Legge 24 dicembre 2007, n. 244 e D.P.C.M. 1 aprile 2008;
4) regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali;

5) per il settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità (biologi, psicologi e chimici) occorre procedere alla revisione ed aggiornamento degli elenchi delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi;

Con tale prima intesa inerente le questioni elencate il Comitato di Settore ritiene possibile definire le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.
Tale Accordo non determinerà dunque l'erogazione delle risorse decorrenti dall'anno 2018 (né quelle riferibili all'indennità di vacanza contrattuale corrisposta ai dipendenti, né quelle connesse alle aliquote degli incrementi disposti dalle leggi finanziarie già dettagliatamente citate). Per disporre anche di quelle ulteriori risorse la contrattazione dovrà ripartire a stretto giro e concludersi con la sottoscrizione di AACCNN che includano tutte le questioni delineate dagli atti di indirizzo pervenuti.

Le parti nell'Accordo in esame hanno condiviso la scelta di stralciare la definizione del nuovo settore della assistenza negli istituti penitenziari per rinviarne la questione all'atto della conclusione del triennio. Ciò in quanto le OO.SS. hanno chiesto approfondimenti tecnici riguardanti la soluzione della questione inerente l'assegnazione delle borse di studio che debbono garantire il ricambio anche nel settore in parola.

Per quanto attiene la Specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie, che ha già sottoscritto l'accordo di parte normativa (in vigenza già dal 17 dicembre 2015) è inclusa in questa fase intermedia di allineamento negoziale anche la revisione degli elenchi delle specializzazioni utili ai fini dell'accesso agli incarichi al fine di adeguarli alla normativa vigente (tale indicazione era già stata specificamente disposta con atto di indirizzo dell'8 marzo 2017).

III. PRINCIPALI ASPETTI NORMATIVI ED ECONOMICI GENERALI.

PREMESSA

L'ACN in analisi si inserisce in un quadro normativo e contrattuale sul quale hanno già inciso profondamente tanto il Legislatore (riforma cure primarie, tessera sanitaria, ricetta elettronica, certificazione malattia) quanto le precedenti intese fra le parti, rese esecutive: con atto della Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 29 luglio 2009 e con atto Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 8 luglio 2010 (istituzione UCCP e AFT, flusso informativo, revisione compiti dei medici ecc.).

In tale contesto e confermando il percorso irreversibilmente intrapreso, l'ipotesi di accordo in esame determina un primo passo nell'ottica di attuare la riforma con la quale il Legislatore ha inteso riorganizzare l'intero comparto delle cure primarie.

Le disposizioni di legge che forniscono il perimetro entro cui si è dovuta muovere la contrattazione e che sono state citate nel precedente paragrafo di questa relazione, qualificano il contesto finanziario in cui opererà il nuovo ACN di settore.

In particolare gli atti di indirizzo e gli AACCNN in esame sono supportati dalle seguenti previsioni normative finanziarie:

1) L. 28-12-2015 n. 208, (legge di stabilità 2016), art. 1, commi 466, 467, 469, 470: tale norma dispone la quantificazione degli oneri per i rinnovi del personale dipendente dalle amministrazioni statali (300 milioni) e rinvia ai bilanci delle amministrazioni non statali in coerenza con quanto stabilito per quelli statali; il comma 470 precisa che "*Le disposizioni recate dal comma 469 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale*"
2) Con il DPCM 18 aprile 2016 si puntualizzano le modalità di determinazione per i dipendenti delle amministrazioni non statali è pari allo 0,4% del monte salari precisando che tali incrementi "*si aggiungono, a decorrere dall'anno 2016, a quelli già determinati per il pagamento della predetta indennità di vacanza contrattuale*".

3) L. 11-12-2016 n. 232 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), art. 1, commi 364, 365, 367, 392, 412: con tali norme si dispone lo stanziamento di ulteriori risorse rispetto alle precedenti precisando che "*ai fini della copertura degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale, come determinati a seguito dell'aggiornamento dei criteri di cui al comma 367, è vincolata, a decorrere dalla data di adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 365, una quota del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato ai sensi del comma 392*".
4) Con il DPCM 27 febbraio 2017 viene abrogato il precedente DPCM 18 aprile 2016 (di cui al precedente punto 2) rideterminando le aliquote di incremento per il 2016, 2017 e il 2018 rispettivamente nello 0,36%, 1,09%, 1,45% del monte salari del 2015. Anche in questo caso si precisa che "*gli importi quantificati per gli anni 2016, 2017 e a decorrere dal 2018 in applicazione di quanto previsto dal comma 2 si aggiungono a quelli già determinati per il pagamento dell'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010*".
5) Da ultimo con la L. 27-12-2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) vengono sostanzialmente rideterminate le aliquote di incremento relative all'anno 2018 aggiungendo a quanto già fissato dalla previgente normativa citata (1,45%), un tasso ulteriore di incremento pari al 2,03% sulla base di calcolo come in precedenza già definita (in totale portando al 3,48% l'incremento stabilito).

Il modello finanziario adottato in questa tornata dal Legislatore, per la prima volta, determina un meccanismo di parametrazione delle risorse sancendo esclusivamente le coperture aggiuntive rispetto all'indennità di vacanza contrattuale (pari allo 0,75% della massa salariale del 2009) che però, di per se, non troverebbe applicazione diretta per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN.

Pertanto, se gli incrementi "aggiuntivi" trovano già una specificazione diretta nel comma 412 della L. 11-12-2016 n. 232, per l'ulteriore 0,75%, già erogato ai dipendenti pubblici a partire dal 2010 in qualità di indennità di vacan-

za contrattuale, la specifica copertura finanziaria è da individuarsi negli accantonamenti annuali disposti dalle Aziende ai sensi di legge (art. 9, comma 1 del D.L. 30 settembre 2005, n. 203 convertito nella L. 2 dicembre 2005, n. 248) operati anche per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN (come da riscontro del MEF in sede di verifica degli adempimenti annuali).

ASPETTI METODOLOGICI ED ANALISI FINANZIARIA GENERALE.

La presente parte della relazione è disposta, secondo quanto previsto dagli artt. 47, comma 4 e 48, comma 3 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come recepito dalla Legge 27 dicembre 2002, n. 289, allo scopo di rendere una efficace e chiara attestazione degli oneri diretti e indiretti derivanti dal rinnovo contrattuale. Per meglio inquadrare il contesto si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative e di quantificazione del settore. In particolare, in ossequio alle determinazioni contenute nelle leggi finanziarie ed in osservanza alla necessità già richiamata dalla Corte dei Conti nelle delibere di certificazione delle precedenti tornate contrattuali, di allineare la stima dei costi con il valore di uscita dalla precedente contrattazione al fine di garantire un effettivo controllo dell'attendibilità delle previsioni di spesa, tutte le quantificazioni fisiche e di spesa della presente relazione avranno come origine la quantificazione dei costi del precedente biennio economico 2007-2008. Da tale quantificazione scaturiscono gli adeguamenti delle consistenze fisiche (scelte in carico ed ore retribuite) per gli anni di riferimento che determinano le basi della massa salariale di stima degli incrementi (2009 e 2015).
Si specifica che, come le disposizioni di legge dispongono, sulla base di calcolo dell'anno 2009 sono applicate le percentuali relative al riconoscimento delle risorse pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN (0,5077% nel 2010 e 0,75% a decorrere dal 2011) mentre la base sulla quale verranno applicati gli ulteriori incrementi disposti con le recenti leggi finanziarie (0,36% anno 2016, 1,09% anno 2017 e 3,48% a decorrere dal 1 settembre 2018) è quella riferita all'anno 2015 "*al netto della spesa per l'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010, maggiorato degli oneri contributivi ai fini previdenziali e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP)*" (cfr. art. 2, comma 1, DPCM 27 febbraio 2017).

Di seguito quindi, prioritariamente, si ritiene opportuno esporre la dotazione di personale convenzionato alla data del 1 gennaio 2016 da cui scaturiscono tutte le considerazioni che verranno svolte nella presente relazione.

TABELLA n. 1 (tabella n. medici al 1 gennaio 2016)

MEDICINA CONVENZIONATA	medici al 01/01/2016
TOTALE MEDICINA GENERALE	**66.633**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	44.436
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	17.464
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.810
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	2.923
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**7.719**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**18.330**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	16.895
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.435
TOTALE CONVENZIONE	**92.682**

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2016

Il contingente di personale convenzionato con il SSN nell'anno 2007 contabilizzava una assistenza sanitaria in termini di assistiti (per i comparti a quota capitaria) e di ore (per i comparti a quota oraria), come determinato dalle stime all'epoca disponibili e ritenute coerenti dal rapporto di certificazione deliberato dalla Corte dei Conti, come di seguito illustrato.

TABELLA n. 2 (tabella assistiti/ore anno 2007)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore stime anno 2007 (ACN biennio 2008-2009)
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.479.681
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.707.145
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.031.086
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	6.412.702
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.054.156
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	12.030.856
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	685.579

Fonte: relazione tecnica SISAC – biennio 2008-2009

Nel limite delle risorse disponibili previste per il rinnovo del biennio 2008-2009, la quantificazione del costo finale (inclusivo dell'aumento contrattuale del 3,2%) fu all'epoca stimato come da seguente tabella

TABELLA n. 3 (costo biennio 2008-2009 incluso 3,2%)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO biennio economico 2008-2009 inclusivo del 3,2% (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.789.824.266**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.042.172.151
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 547.325.214
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 30.828.246
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 169.498.655
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 882.740.935**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 606.846.802**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 583.071.084
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 23.775.718
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.279.412.002**

Fonte: relazione tecnica SISAC – biennio 2008-2009

In coincidenza di quel rinnovo contrattuale e sulla base delle sollecitazioni e degli stimoli pervenuti dalla stessa Corte dei Conti nelle delibere di certificazione, la SISAC ha avviato un percorso di istituzione di un flusso informativo annuale proveniente dalle singole Aziende Sanitarie e da tutti gli altri Enti del SSN allo scopo di stabilizzare la metodologia di calcolo del costo del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN.
A far data dalla rilevazione condotta al 1 gennaio 2009 si è costituito infatti un flusso specifico inerente il dato del numero delle ore retribuite nel corso dell'anno precedente (totale complessivo delle ore retribuite ai medici e professionisti remunerati a quota oraria nel corso di tutto l'anno solare precedente) (dato di flusso). Infine, con decorrenza dalla rilevazione 1 gennaio 2014 è stato integrato nel flusso dati proveniente annualmente dalle singole regioni anche il numero di assistiti dei settori remunerati a quota capitaria (assistenza primaria e pediatria di libera scelta) il numero degli assistiti in carico (dato di stock al primo gennaio di ogni anno).
Oggi si dispone dunque di una serie storica attestata dalle singole Aziende ed Enti del SSN che consente di effettuare stime dei costi sulla scorta di una metodologia stabile e consolidata.

STIMA DELLA BASE RETRIBUTIVA DELL'ANNO 2007.

Il costo complessivo come "valore di uscita" della precedente contrattazione di settore (*supra* tab. 3), viene quindi rivalutato in forza delle consistenze fisiche effettive all'anno 2009 in base al flusso dati rilevato dalla SISAC, per le ore retribuite nell'anno ed ai dati dell'Annuario Statistico anno 2010 (dati 1 gennaio 2010) edito dal Ministero della Salute per il numero degli assistiti (scelte) dei medici e dei pediatri in quota capitaria dello stesso periodo.

Nell'eseguire tale operazione diviene evidente un fenomeno particolare sul quale si richiama nuovamente l'attenzione. Come già rappresentato nella relazione tecnica riferita al precedente accordo di sola parte normativa per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali (reso esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015) si evidenzia la notevole espansione delle ore del settore. Il fenomeno non è certamente nuovo ed è sicuramente stato

acuito dal blocco del turn-over nell'area della dipendenza medica e veterinaria. Il nesso eziologico si riscontra in tutta la sua evidenza per la coincidenza dei tempi dei fenomeni rilevati (blocco del turn-over e crescita delle ore di specialistica ambulatoriale convenzionata); le Aziende, nella necessità di garantire le prestazioni assistenziali specialistiche e professionali sanitarie in fase di contrazione degli organici dei dipendenti e data l'impossibilità di integrarne i ruoli, hanno ampliato considerevolmente il ricorso alle prestazioni degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti afferenti l'area contrattuale in questione.

TABELLA n. 4 (scelte e ore remunerate anno 2009)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore (*) al 01/01/2010
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.622.066
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.166.786
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.711.712
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	5.865.743
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.668.352
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	15.972.803
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.127.194

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2010

(*) Annuario statistico 2010 - ministero salute per le scelte dell'assistenza primaria e della pediatria di libera scelta

In forza di tale componente numerica il costo della convenzione all'anno 2009 da utilizzare quale base di applicazione dell'aliquota relativa al riconoscimento delle risorse pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN (lo 0,5077% per il 2010 e lo 0,75% - di cui, in forza dell'ACN in esame, sono riconosciuti esclusivamente gli arretrati per gli anni 2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017) è così rideterminato:

TABELLA n. 5 (costo base anno 2009 - 01/01/2010)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 01/01/2010 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792.401.528**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053.139.152
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533.042.602
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51.178.167
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155.041.607
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972.295.276**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813.206.942**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 774.116.120
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 39.090.822
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.577.903.745**

STIMA DELLA BASE RETRIBUTIVA DELL'ANNO 2015.

Analogo procedimento è stato utilizzato per rideterminare la nuova base di riferimento per gli incrementi riferiti al triennio 2016-2017-2018 (dei quali, in forza dell'ACN in esame sono riconosciuti esclusivamente gli arretrati per gli anni 2016-2017).

In questo caso la stima è effettuata in forza del flusso dati annuale completo che la SISAC intrattiene con le singole Aziende e con gli altri Enti del SSN e che include la serie storica sia delle ore remunerate che delle scelte in carico a medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta.

Con tale fase dunque si chiude l'implementazione del modello consolidato di stima del costo che trova riscontro anche nel corrispettivo flusso contenuto nel modello CE (Conto Economico delle Aziende).

Anche nel periodo 2010-2015 permane e si conferma il fenomeno di espansione delle ore, in particolare della specialistica ambulatoriale.

TABELLA n. 6 (scelte e ore remunerate anno 2015)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore al 01/01/2016
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.506.661
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.954.854
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.831.655
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	5.973.220
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.762.835
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	19.390.309
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.703.933

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2016

Si segnala però che in coincidenza della sottoscrizione dell'ACN 17 dicembre 2015 tale processo di crescita delle ore pare cominciare un rallentamento in particolare pare essersi arrestato il fenomeno della crescita del numero degli specialisti così che, la crescita delle ore deve essersi necessariamente ripartita sugli incrementi orari dei medici già operanti con carico orario inferiore alle 38 ore. La spiegazione può essere inquadrata nelle finalità che si era preposto di conseguire l'ACN sottoscritto nel 2015 e che, si ribadisce, riguardava solo la parte normativa. Di seguito si riproduce quanto riferito dalla SISAC nella relazione tecnica di quell'Accordo: "*il contesto normativo generale in cui ha operato il rinnovo contrattuale espone un adeguamento della disciplina del settore in esame, riconducendolo ai meccanismi ordinari e tipici del reclutamento di personale. Sino ad oggi il settore della specialistica ambulatoriale era rimasto ancorato alla fase di chiusura dell'area che fu introdotta nel lontano 1997. Con la riforma apportata dalla L. 189/2012 l'area della specialistica ambulatoriale ha trovato il suo pieno riconoscimento, al pari delle altre aree convenzionate, nell'ambito delle cure primarie. Di conseguenza, il rinnovo contrattuale in esame ha ripristinato le ordinarie procedure di assegnazione di incarichi, limitando, analogamente agli altri settori del pubblico impiego, l'abusato ed improprio ricorso agli incarichi a tempo determinato allo scopo di far fronte ad esigenze ordinarie di assistenza specialistica da parte degli Enti del SSN. Si è inoltre superata la abusata e poco*

chiara procedura di trasformazione degli incarichi a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato che era prevista dell'art. 23, comma 13 dell'ACN 23 marzo 2005 e smi. Si è sostanzialmente voluto procedimentalizzare e rendere sistematica la scelta dell'Azienda nell'assegnazione di incarichi.
La procedura di seguito analizzata, quindi, circoscrive la assegnazione a tempo determinato solo ad esigenze straordinarie o specifici progetti, lasciando in capo alle amministrazioni la possibilità di valutare, in base alla programmazione, se conferire l'incarico a tempo indeterminato o determinato".
Pare dunque, che la revisione sistematica dei criteri di accesso agli incarichi di quel settore abbia innescato un processo virtuoso e ci si può attendere, al raggiungimento del massimale orario di medici già in servizio una riduzione sostanziale anche delle ore in forza degli ulteriori meccanismi introdotti (limitazione degli incarichi a tempo determinato e preferenza al completamento orario); con questi meccanismi si mirava anche a spingere verso una disponibilità completa del medico nei confronti del SSN ottenendo anche un miglioramento della qualità del servizio e delle cure.
La base retributiva dell'anno 2015 è dunque rielaborata in forza delle consistenze numeriche evidenziate nella precedente tabella n. 6 secondo la seguente tabella:

TABELLA n. 7 (costo base anno 2015 - 01/01/2016)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2015 01/01/2016 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.810.769.561**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.044.250.247
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 553.872.586
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 54.764.321
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 157.882.408
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 986.071.599**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 998.836.306**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 939.744.312
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 59.091.994
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.795.677.467**

RIEPILOGO STIMA BASI DI CALCOLO DELLA CRESCITA RETRIBUTIVA

E' possibile a tal punto riepilogare i riferimenti di crescita delle basi di calcolo della crescita retributiva sancita dal Legislatore per il triennio 2016-2018 e, come da prassi nelle relazioni tecniche della SISAC per i settori in rapporto di convenzionamento con il SSN, raffrontare anche la stima effettuata secondo la metodologia adottata, con i dati derivanti dal flusso dei Conti Economici delle Aziende Sanitarie che, come già segnalato nelle precedenti relazioni tecniche, non può essere utilizzato direttamente in quanto non è utile ai fini della stima della massa retributiva da utilizzare come base di calcolo in quanto: per tutti i settori rilevati (assistenza primaria, continuità assistenziale, pediatria e specialistica) include i costi derivanti dagli AIR (Accordi Integrativi Regionali) e dagli AAA (Accordi Attuativi Aziendali), che invece vanno esclusi dalla base di calcolo in quanto esulano dalla Contrattazione nazionale e vengono finanziati con risorse proprie delle singole regioni/aziende; per gli altri settori, non rilevati il flusso è indistinto fra figure afferenti ad aree negoziali differenti (psicologi con emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi non specificata in alcuna codifica). Per questo motivo, il flusso CE (che peraltro non include la stima dell'onere per assicurazione di malattia e IRAP) viene riportato nella seguente tabella a titolo di mero raffronto che consente comunque di confermare la coerenza della metodologia adottata.

TABELLA n. 8 (confronto basi retributive anni 2009 – 2015 – CE 2015)

include spesa regionale

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO CE 2015 (non include malattia e IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792.401.528**	**€ 4.810.769.561**	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053.139.152	€ 4.044.250.247	€ 4.539.371.000
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533.042.602	€ 553.872.586	€ 703.418.000
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51.178.167	€ 54.764.321	
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155.041.607	€ 157.882.408	
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972.295.276**	**€ 986.071.599**	**€ 1.078.742.000**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813.206.942**	**€ 998.836.306**	**€ 1.077.339.000**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 774.116.120	€ 939.744.312	
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 39.090.822	€ 59.091.994	
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	**€ 6.577.903.745**	**€ 6.795.677.467**	

include spesa regionale

DISPONIBILITÀ FINANZIARIE

Le risorse previste per garantire una crescita delle remunerazioni del personale sanitario convenzionato provengono in questo rinnovo contrattuale esclusivamente dai bilanci delle Aziende sanitarie tenute per legge ad accantonare una disponibilità corrispondente al tasso di inflazione programmata (art. 9, comma 1 del D.L. 30 settembre 2005, n. 203 convertito nella L. 2 dicembre 2005, n. 248).

Nel dettaglio, come già riferito nella presente relazione con l'Accordo per il triennio 2016-2018 vengono definite:

a) le risorse pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti (0,5077% per l'anno 2010 e 0,75% a decorrere dal 2011)
b) gli ulteriori incrementi contrattuali disposti dalle leggi finanziarie già citate (0,36% per il 2016, 1,09% per il 2017 e 3,48% a decorrere dal 1 settembre 2018) .

TABELLA n. 9 (disponibilità percentuali anni 2010-2015 e triennio 2016-2018)

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (dal 1 gennaio al 31 agosto)	2018 (dal 1 settembre)
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09	1,09	3,48
TOTALE	**0,5077**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**1,11**	**1,84**	**1,84**	**4,23**

Tuttavia, nell'Accordo in esame finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti, come da atto di indirizzo pervenuto dal Comitato di Settore, sono disponibili esclusivamente le risorse relative agli arretrati per gli anni 2010-2017 delle risorse di cui alla lettera a) del precedente capoverso e gli arretrati degli incrementi di cui alla lettera b) del precedente capoverso riferiti agli anni 2016-2017.

Le rimanenti risorse sono subordinate alla sottoscrizione dell'ACN normativo ed economico riferito al triennio 2016-2018 secondo gli atti di indirizzo già esitati dal Comitato di Settore.

Di conseguenza le risorse effettivamente disponibili per l'ACN in esame sono schematicamente riportate nella seguente tabella.

TABELLA n. 10 (disponibilità percentuali accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2017)

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09
TOTALE	**0,5077**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**0,75**	**1,11**	**1,84**

Applicati alla base di calcolo per l'anno 2009 (risorse pari ad IVC dipendenti) e anno 2015 (arretrati su incrementi anni 2016 e 2017), i saggi di crescita delle retribuzioni generano, in riferimento all'ACN in esame (accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti), un costo teorico complessivo a regime dell'assistenza territoriale sanitaria pari ad euro **477,17 milioni di euro** ripartiti sul singolo settore come da tabelle seguenti.
In particolare tale valore teorico è dato dalla somma delle risorse erogate come arretrati dall'anno 2010 all'anno 2015 (**280,03 milioni di euro**) e quelle erogate come arretrati sugli incrementi relativi agli anni 2016 e 2017 (**197,14 milioni di euro**). Questi ultimi (anni 2016 e 2017) così come stabilito dalle disposizioni finanziarie avranno una base di calcolo composta: l'aliquota dello 0,75% (pari all'IVC) continuerà ad essere applicata sul costo base anno 2009; le aliquote incrementali ulteriori (0,36% anno 2016 e 1,09% anno 2017) saranno invece applicate sul costo base anno 2015.

TABELLA n. 11 (disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	2010 (0,5077%)	2011 (0,75%)	2012 (0,75%)	2013 (0,75%)	2014 (0,75%)	2015 (0,75%)	TOTALE disponibilità teoriche 2010-2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792**	**€ 24,33**	**€ 35,94**	**€ 35,94**	**€ 35,94**	**€ 35,94**	**€ 35,94**	**€ 204,03**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 20,58	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 172,56
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 2,71	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 22,69
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 0,26	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 2,17
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 0,79	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 6,60
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972**	**€ 4,93**	**€ 7,29**	**€ 7,29**	**€ 7,29**	**€ 7,29**	**€ 7,29**	**€ 41,38**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813**	**€ 4,13**	**€ 6,10**	**€ 6,10**	**€ 6,10**	**€ 6,10**	**€ 6,10**	**€ 34,62**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 3,60	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 30,23
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 0,17	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 1,41
- SPECIALISTI, VETERINARI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 0,36	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 2,98
TOTALE CONVENZIONE	**€ 6.577**	**€ 33,39**	**€ 49,33**	**€ 49,33**	**€ 49,33**	**€ 49,33**	**€ 49,33**	**€ 280,03**

TABELLA n. 12 (disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017) - valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP).	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	2016 (Accantonamento 0,75% su costo 2009 + incremento 0,36% su costo 2015)	2017 (Accantonamento 0,75% su costo 2009 + incremento 1,09% su costo 2015)	TOTALE disponibilità teoriche 2016-2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792**	**€ 4.808**	**€ 53,26**	**€ 88,35**	**€ 141,60**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 4.044	€ 44,96	€ 74,48	€ 119,43
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 553	€ 5,99	€ 10,03	€ 16,01
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 54	€ 0,58	€ 0,97	€ 1,55
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 157	€ 1,73	€ 2,87	€ 4,60
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972**	**€ 986**	**€ 10,84**	**€ 18,04**	**€ 28,88**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813**	**€ 998**	**€ 9,69**	**€ 16,98**	**€ 26,67**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 867	€ 8,45	€ 14,78	€ 23,22
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 53	€ 0,44	€ 0,83	€ 1,26
- SPECIALISTI, VETERINARI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 78	€ 0,81	€ 1,38	€ 2,18
TOTALE CONVENZIONE	**€ 6.577**	**€ 6.792**	**€ 73,78**	**€ 123,36**	**€ 197,14**

Le risorse impegnate nell'accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti sono integralmente riferite ad arretrati; le risorse a regime, invece (non contenute nell'ACN in esame) dovranno necessariamente rispettare gli indirizzi della contrattazione e quindi operare prevalentemente all'interno di meccanismi di premialità a risultato.

A fronte di tali disponibilità teoriche per il riconoscimento degli arretrati complessivamente disposti, il presente Accordo definisce costi effettivi dei singoli settori che vengono di seguito riassunti nelle seguenti tabelle n. 13 e 14.

TABELLA n. 13 (costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	costo effettivo 2010	costo effettivo 2011	costo effettivo 2012	costo effettivo 2013	costo effettivo 2014	costo effettivo 2015	TOTALE costo effettivo 2010-2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792**	**€ 24,04**	**€ 35,88**	**€ 35,88**	**€ 35,88**	**€ 35,88**	**€ 35,88**	**€ 203,46**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 20,33	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 171,34
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 2,63	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 22,91
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 0,25	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,37	€ 2,13
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 0,83	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 7,08
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972**	**€ 4,89**	**€ 7,22**	**€ 7,22**	**€ 7,22**	**€ 7,22**	**€ 7,22**	**€ 40,99**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813**	**€ 4,08**	**€ 5,95**	**€ 5,95**	**€ 5,95**	**€ 5,95**	**€ 5,94**	**€ 33,82**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 3,57	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 29,46
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 0,16	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 1,40
- SPECIALISTI, VETERINARI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 0,34	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 2,96
TOTALE CONVENZIONE	**€ 6.577**	**€ 33,00**	**€ 49,05**	**€ 49,05**	**€ 49,05**	**€ 49,05**	**€ 49,05**	**€ 278,27**

TABELLA n. 14 (costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	costo effettivo 2016	costo effettivo 2017	TOTALE costo effettivo 2016-2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 4.792**	**€ 4.808**	**€ 52,96**	**€ 88,39**	**€ 141,36**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 4.044	€ 44,62	€ 74,18	€ 118,81
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 553	€ 5,95	€ 10,15	€ 16,10
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 54	€ 0,56	€ 0,96	€ 1,51
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 157	€ 1,84	€ 3,11	€ 4,94
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 972**	**€ 986**	**€ 10,80**	**€ 17,97**	**€ 28,77**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 813**	**€ 998**	**€ 9,50**	**€ 16,76**	**€ 26,25**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 867	€ 8,27	€ 14,58	€ 22,85
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 53	€ 0,43	€ 0,82	€ 1,25
- SPECIALISTI, VETERINARI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 78	€ 0,79	€ 1,36	€ 2,16
TOTALE CONVENZIONE	**€ 6.577**	**€ 6.792**	**€ 73,26**	**€ 123,13**	**€ 196,38**

I valori di costo effettivo sono inclusivi degli oneri previdenziali e, per i settori a quota oraria, dell'IRAP a carico dell'Azienda; essendo disposti in forma di arretrati sugli stessi valori non è applicato il costo dell'assicurazione di malattia.

Di seguito si evidenziano anche i differenziali ed il saldo positivo minimo sugli incrementi riconosciuti nel periodo dal 2010 al 2015 (**pari a 1,76 milioni di euro**) e dal 2016 al 2017 (**pari a 0,75 milioni di euro**) per un totale pari **2,52 milioni di euro**.

TABELLA n. 15 (differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	TOTALE disponibilità teoriche 2010-2015	TOTALE costo effettivo 2010-2015	SALDO 2010-2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 204,03**	**€ 203,46**	**€ 0,57**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 172,56	€ 171,34	€ 1,22
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 22,69	€ 22,91	-€ 0,22
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 2,17	€ 2,13	€ 0,05
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 6,60	€ 7,08	-€ 0,48
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 41,38**	**€ 40,99**	**€ 0,40**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 34,62**	**€ 33,82**	**€ 0,80**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 30,23	€ 29,46	€ 0,77
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 1,41	€ 1,40	€ 0,01
- SPECIALISTI, VETERINARI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 2,98	€ 2,96	€ 0,02
TOTALE CONVENZIONE	**€ 280,03**	**€ 278,27**	**€ 1,76**

TABELLA n. 16 (differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016 e 2017) - valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	TOTALE disponibilità teoriche 2016-2017	TOTALE costo effettivo 2016-2017	SALDO 2016-2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	**€ 141,60**	**€ 141,36**	**€ 0,24**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 119,43	€ 118,81	€ 0,63
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 16,01	€ 16,10	-€ 0,08
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 1,55	€ 1,51	€ 0,03
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 4,60	€ 4,94	-€ 0,34
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**€ 28,88**	**€ 28,77**	**€ 0,10**
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	**€ 26,67**	**€ 26,25**	**€ 0,41**
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 23,22	€ 22,85	€ 0,37
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 1,26	€ 1,25	€ 0,02
- SPECIALISTI, VETERINARI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 2,18	€ 2,16	€ 0,02
TOTALE CONVENZIONE	**€ 197,14**	**€ 196,38**	**€ 0,75**

Si evidenzia, infine, che il testo contrattuale di ogni area viene configurato sul piano della tecnica normativa secondo il principio di stratificazione sequenziale dei contratti collettivi successivi. Questi ultimi confermano le disposizioni vigenti, fatte salve puntuali, ed esplicite abrogazioni/integrazioni.

PARTE II – ACN SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANIATRIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

ANALISI ILLUSTRATIVA DELLE DISPOSIZIONI

Si commentano di seguito, articolo per articolo, le variazioni introdotte, illustrandone anche l'entità degli eventuali oneri diretti o indiretti alle stesse associati, stimabili ai fini della presente relazione.

Premessa

Il testo in esame richiama le motivazioni che hanno indotto il Comitato di Settore a promuovere la sottoscrizione di un Accordo che, ferme restando le indicazioni contenute negli atti di indirizzo già esitati ed in attesa di concludere la contrattazione completa del triennio 2016-2018 (normativo ed economico), provveda ad affrontare in modo tempestivo alcune priorità che attengono:

1) la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza);

2) la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio;

3) la revisione ed aggiornamento degli elenchi delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi.

Il testo in esame esplicita altresì, come già riportato nella parte I della presente relazione tecnica, il riferimento alle modalità di erogazione delle risorse assegnate alla contrattazione a fronte del perseguimento in sede negoziale delle predette priorità. In particolare vengono finalizzate a tale scopo le risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corri-

sposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017.

Tale premessa, avendo carattere meramente dispositivo ed esplicativo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 1 - Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale

L'articolo introduce appunto il riferimento agli obiettivi di politica sanitaria nazionale da perseguire attraverso la contrattazione decentrata di settore in attuazione della programmazione regionale.

Il **comma 1 (unico)** conferma la priorità della programmazione regionale nell'opera di perseguimento degli obiettivi disposti dai piani nazionali sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera a)** richiama il Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.) esitato con l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Tale richiamo dispone l'impegno delle Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. L'obiettivo sancito è quello del miglioramento delle condizioni di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche ad opera di tutti gli attori operanti nel SSN. Il PNC prevede che ciò avvenga attraverso il rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni condividendo i percorsi di cura attraverso i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali). In tale quadro generale gli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con la programmazione regionale, declinano i criteri di partecipazione degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche.

Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera b)** richiama il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) adottato l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019». L'obiettivo della riduzione del carico di malattie infettive prevenibili da vaccino è definito come priorità nazionale da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il PNPV dispone un calendario nazionale delle vaccinazioni offerte alla popolazione per fasce d'età. Il modello organizzativo definito con la programmazione regionale garantisce l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale ed in tale contesto gli AAIIRR prevedono, ove necessario, l'inserimento della vaccinazione e delle relative attività collegate tra i compiti previsti per i medici specialisti ambulatoriali interni. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera c)** richiama la problematica dell'accesso improprio al pronto soccorso affrontata, tra gli altri atti di livello nazionale, con l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale. Vengono richiamate nella lettera in esame le motivazioni che pongono in essere la necessità di avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio di salute. Dal lato della disciplina contrattuale che si occupa di regolare i rapporti tra gli specialisti ambulatoriali interni ed il SSN, l'ipotesi di ACN in esame dispone che in sede di programmazione regionale cui conseguono gli accordi regionali, si preveda l'integrazione nelle reti territoriali degli specialisti ambulatoriali interni con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio. Tale integrazione è finalizzata alla garanzia della continuità dell'assistenza la quale consente di evitare o ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso per le prestazioni non urgenti e per quelle riferibili alla non corretta gestione della cro-

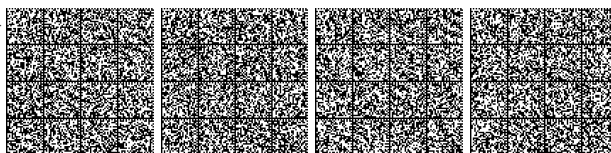
nicità. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

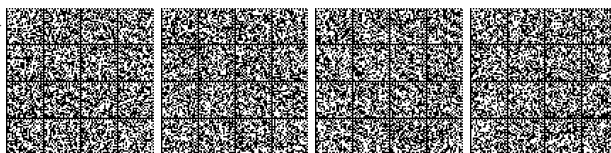
La **lettera d)** esplicita il riferimento alla questione del governo delle liste d'attesa e appropriatezza affrontato in ambito nazionale con l'Intesa Stato-Regioni, n. 189/CSR del 28 ottobre 2010, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012. Ferma restando anche in tal caso la preventiva programmazione regionale, in sede di accordo decentrato di livello regionale si prevede il la partecipazione degli specialisti ambulatoriali interni e degli psicologi ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, distinguendo tra i primi accessi ed i percorsi di follow-up, nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle norme vigenti. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 1 – *Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 2 – Elenco branche specialistiche e specializzazioni professionali

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalle graduatorie predisposte in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore dell'ACN in esame, l'integrale sostituzione dell'Allegato 2 dell'ACN 17 dicembre 2015.

La procedura ha luogo anche in forza dello specifico "atto di indirizzo per la revisione/integrazione degli elenchi delle branche specialistiche e delle specializzazioni professionali allegati all'ACN di settore" esitato in data 8 marzo 2017 dal Comitato di settore Regioni-Sanità.
L'ACN 17 dicembre 2015 del settore in oggetto (dichiarazione a verbale n. 2) prevedeva l'avvio di un percorso di studio e/o revisione degli elenchi delle branche specialistiche e delle specializzazioni professionali allegate all'ACN stesso, che costituiscono titolo per l'accesso agli incarichi conferibili dalle Aziende Sanitarie. Tali elenchi, ormai risalenti ai precedenti ACN assunti in

forma di DPR, risultavano incompleti e/o obsoleti e richiedevano pertanto una manutenzione in linea anche con le nuove disposizioni ministeriali in materia.
Le attività di studio e di fattibilità della integrazione del testo negoziale sono state oggetto di interlocuzioni dirette tra la SISAC, il Ministero della Salute e le OO.SS. rappresentative di settore.
La SISAC quindi è stata autorizzata ad avviare una trattativa con le OO.SS. per addivenire ad una modifica degli allegati annessi all'ACN di settore contenenti gli elenchi di specializzazione utili all'acquisizione di un incarico di specialista ambulatoriale, veterinario o altra professionalità sanitaria (psicologo, biologo, chimico).

Tale modifica è consistita nel disporre, per quanto possibile ed utile ai fini degli incarichi di cui trattasi, l'integrazione delle branche specialistiche/specializzazioni professionali oggi riconosciute e la cancellazione di quelle non più attuali (fatta salva la possibilità per coloro che già dispongono di quel titolo di continuare ad acquisire incarichi/integrazioni orarie per la branca cui partecipano).
L'intervento negoziale ha richiesto un avvicinamento, per quanto possibile, agli elenchi utili per l'accesso alla dipendenza e definiti dagli specifici DM di settore (DM 30 gennaio 1998 "*Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale*" e s.m.i.), fatta esclusione per quelle specializzazioni non riconducibili agli incarichi di specialistica territoriale ambulatoriale in quanto non riferibili ad attività prettamente ambulatoriali di assistenza primaria cui tali operatori concorrono unitamente agli altri sanitari. Allo scopo va tenuto conto che, rispondendo alle specifiche disposizioni di legge ed alla disciplina negoziale vigente, tale contesto ambulatoriale può includere esclusivamente le specializzazioni finalizzate all'esecuzione attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione, di supporto e consulenziali ed a tutti gli atti di natura specialistica tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche, nei vari ambiti in cui tali operatori sono chiamati ad operare. Vanno pertanto escluse quelle specializzazioni che non evidenziano tali caratteristiche e che richiedono invece attività sanitarie eseguibili esclusivamente in ambito ospedaliero.

ANALISI DELL'**ALLEGATO 2** (SOSTITUITO)

Come metodologia di intervento si sono seguite le seguenti logiche:

1) inserimento delle branche e delle specializzazioni coerenti con la tabella B "*valevole per la verifica e la valutazione delle specializzazioni*" del DM testé citato;

2) inclusione delle sole branche e specializzazioni riferibili ad attività prettamente ambulatoriale, escludendo quelle afferenti il solo ambito ospedaliero;

3) elisione dagli elenchi dei singoli indirizzi ed orientamenti riferiti alla specializzazione qualora la stessa sia già riportata nei medesimi elenchi; ciò in quanto la presenza della specializzazione di carattere generale assorbe tutti gli indirizzi ed orientamenti ad essa afferenti;

4) correzione di meri refusi;

5) riorganizzazione alfabetica degli elenchi.

L'intero articolo 2 – *Elenco branche specialistiche e specializzazioni professionali* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 3 - Arretrati

Con l'articolo in esame si definiscono le risorse economiche riferibili agli anni 2010 – 2017. Allo scopo di agevolare l'intelligibilità della seguente parte della Relazione, in particolare riferimento alle stime economiche, l'esposizione è suddivisa in due sezioni, ciascuna esplicativa della parte di finanziamento in cui vengono ripartite le complessive disponibilità della contrattazione, i cui titoli si riassumono di seguito:

1) arretrati riferiti agli anni 2010-2015 – tali risorse sono, come detto nella parte generale della presente relazione tecnica, riferibili ai riconoscimenti

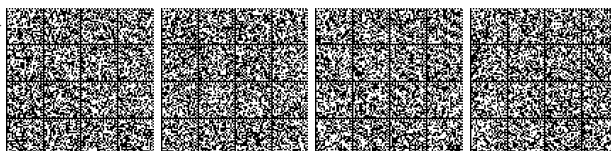
economici connessi all'erogazione dell'Indennità di Vacanza Contrattuale (IVC) già erogata in favore dei dipendenti pubblici a far data dal 2010;

2) arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 dalle disposizioni contenute nelle leggi di bilancio disposte dal Legislatore; tali incrementi assorbono le risorse riferite all'I.V.C.

Ciò per evidenziare il rispetto del vincolo delle risorse assegnate in relazione ai singoli periodi in riferimento. Il rispetto dei valori complessivi è invece già stato illustrato nella prima parte della presente relazione tecnica e ad essa si rinvia.

Con il **comma 1** si precisa appunto la presa d'atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e si ribadisce la scelta di addivenire alla sottoscrizione dell'ACN in esame "*in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018*". Si precisa dunque che le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN), per gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altri professionisti sanitari (biologi, chimici e psicologi), da erogarsi secondo quanto riportato nei prospetti ed i valori riprodotti nell'articolato. Viene infine precisato che i valori riportati nell'ACN sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

SEZIONE 1 - arretrati riferiti agli anni 2010-2015

Viene introdotta la tabella di calcolo degli arretrati con i dati riferiti agli anni 2010 – 2015 distinguendo tra gli incarichi a tempo indeterminato e quelli a tempo determinato o con incarico provvisorio in considerazione della differente remunerazione oraria. Tale introduzione comporta l'assunzione di oneri diretti e indiretti stimati, in riferimento agli arretrati per il 2010-2015 secondo la seguente tabella:

arretrati Specialisti ambulatoriali interni/veterinari – tempo indeterminato

(rif. TABELLA A1)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati della Specialistica ambulatoriale e dei veterinari a tempo indeterminato riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **29.463.478** così determinata:

TABELLA n. 17 Specialisti ambulatoriali/veterinari – tempo indeterminato - costo effettivo 2010-2015.

Specialistica ambulatoriale e veterinaria - tempo indeterminato	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,20	€ 0,29	€ 0,29	€ 0,29	€ 0,29	€ 0,29
n. ore al 01/01/2010	14.655.676	14.655.676	14.655.676	14.655.676	14.655.676	14.655.676
costo effettivo al netto ENPAM (14,19%)	€ 2.931.135	€ 4.250.146	€ 4.250.146	€ 4.250.146	€ 4.250.146	€ 4.250.146
ENPAM (14,19%)	€ 415.928	€ 603.096	€ 603.096	€ 603.096	€ 603.096	€ 603.096
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 224.705	€ 325.823	€ 325.823	€ 325.823	€ 325.823	€ 322.210
costo effettivo totale riconosciuto	€ 3.571.769	€ 5.179.064	€ 5.179.064	€ 5.179.064	€ 5.179.064	€ 5.175.452

arretrati Altre professionalità sanitarie – tempo indeterminato

(rif. TABELLA B1)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati delle altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) a tempo indeterminato riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **1.397.752** così determinata:

TABELLA n. 18 Altre professionalità sanitarie – tempo indeterminato - costo effettivo 2010-2015.

Altre professionalità (chimici, biologi, psicologi)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,14	€ 0,21	€ 0,21	€ 0,21	€ 0,21	€ 0,21
n. ore al 01/01/2010	964.027	964.027	964.027	964.027	964.027	964.027
costo effettivo al netto ENPAB, ENPAP, EPAP (14,19%)	€ 134.964	€ 202.446	€ 202.446	€ 202.446	€ 202.446	€ 202.446
ENPAB, ENPAP, EPAP (14,19%)	€ 19.151	€ 28.727	€ 28.727	€ 28.727	€ 28.727	€ 28.727
IRAP (8,5% al netto ENPAB, ENPAP, EPAP a carico del medico)	€ 10.347	€ 15.520	€ 15.520	€ 15.520	€ 15.520	€ 15.348
costo effettivo totale riconosciuto	€ 164.462	€ 246.692	€ 246.692	€ 246.692	€ 246.692	€ 246.520

arretrati Specialisti ambulatoriali interni/Veterinari ed altre professionalità sanitarie – tempo determinato ed incarico provvisorio

(rif. TABELLA C1)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) a tempo determinato o con incarico provvisorio riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **2.957.915** così determinata:

TABELLA n. 19 Specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie – tempo determinato ed incarico provvisorio - costo effettivo 2010-2015.

Specialisti, veterinari e professionisti tempo determinato e incarico provvisorio	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,19	€ 0,29	€ 0,29	€ 0,29	€ 0,29	€ 0,29
n. ore al 01/01/2010	1.480.294	1.480.294	1.480.294	1.480.294	1.480.294	1.480.294
costo effettivo al netto ENPAM, ENPAB, ENPAP, EPAP (14,19%)	€ 281.256	€ 429.285	€ 429.285	€ 429.285	€ 429.285	€ 429.285
ENPAM, ENPAB, ENPAP, EPAP (14,19%)	€ 39.910	€ 60.916	€ 60.916	€ 60.916	€ 60.916	€ 60.916
IRAP (8,5% al netto ENPAM, ENPAB, ENPAP, EPAP a carico del medico)	€ 21.561	€ 32.910	€ 32.910	€ 32.910	€ 32.910	€ 32.545
costo effettivo totale riconosciuto	€ 342.728	€ 523.110	€ 523.110	€ 523.110	€ 523.110	€ 522.746

Al **comma 2**, si dispone che per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza) e per l'adozione degli elenchi delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi, siano corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017). Si precisa che tali risorse sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

SEZIONE 2 - arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017

Viene introdotta la tabella di calcolo degli arretrati con i dati riferiti agli anni 2016 - 2017 distinguendo tra gli incarichi a tempo indeterminato e quelli a tempo determinato o con incarico provvisorio in considerazione della differente remunerazione oraria. L'onere include ed assorbe le risorse pari all'I.V.C. Tale introduzione comporta l'assunzione di oneri diretti e indiretti stimati, in riferimento agli arretrati per il 2016-2017 secondo la seguente tabella:

arretrati Specialisti ambulatoriali interni/veterinari – tempo indeterminato

(rif. TABELLA A2)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati della specialistica ambulatoriale interna e veterinaria a tempo indeterminato riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **22.848.196** così determinata:

TABELLA n. 20 Specialisti ambulatoriali/veterinari – tempo indeterminato - costo effettivo 2016-2017.

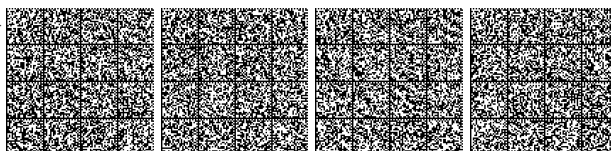
Specialistica ambulatoriale e veterinaria- tempo indeterminato	2016	2017
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,38	€ 0,67
n. ore al 01/01/2016	17.890.195	17.890.195
costo effettivo al netto ENPAM (14,19%)	€ 6.798.274	€ 11.986.431
ENPAM (14,19%)	€ 964.675	€ 1.700.875
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 509.609	€ 888.332
costo effettivo totale riconosciuto	€ 8.272.558	€ 14.575.638

arretrati Altre professionalità sanitarie - tempo indeterminato

(rif. TABELLA B2)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati delle altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) a tempo indeterminato riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **1.246.446** così determinata:

TABELLA n. 21 Altre professionalità sanitarie – tempo indeterminato - costo effettivo 2016-2017.

Altre professionalità (chimici, biologi, psicologi)	2016	2017
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,23	€ 0,44
n. ore al 01/01/2016	1.529.526	1.529.526
costo effettivo al netto ENPAB, ENPAP, EPAP (14,19%)	€ 351.791	€ 672.991
ENPAB, ENPAP, EPAP (14,19%)	€ 49.919	€ 95.497
IRAP (8,5% al netto ENPAB, ENPAP, EPAP a carico del medico)	€ 26.371	€ 49.876
costo effettivo totale riconosciuto	€ 428.081	€ 818.365

arretrati Specialisti ambulatoriali interni/Veterinari ed altre professionalità sanitarie – tempo determinato ed incarico provvisorio

(rif. TABELLA C2)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati degli specialisti ambulatoriali interni, dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) a tempo determinato o incarico provvisorio riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **2.158.966** così determinata:

TABELLA n. 22 Specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie – tempo determinato ed incarico provvisorio - costo effettivo 2016-2017.

Specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti tempo determinato e incarico provvisorio	2016	2017
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,39	€ 0,67
n. ore al 01/01/2016	1.674.521	1.674.521
costo effettivo al netto ENPAM, ENPAB, ENPAP, EPAP (14,19%)	€ 653.063	€ 1.121.929
ENPAM, ENPAB, ENPAP, EPAP (14,19%)	€ 92.670	€ 159.202
IRAP (8,5% al netto ENPAM, ENPAB, ENPAP, EPAP a carico del medico)	€ 48.955	€ 83.148
costo effettivo totale riconosciuto	€ 794.687	€ 1.364.279

Al **comma 3** viene ribadito che gli importi da corrispondere agli specialisti ambulatoriali interni, ai medici veterinari e agli altri professionisti sanitari (biologi, chimici, psicologi) sono riconosciuti in funzione delle ore di attività svolte per ciascun anno di riferimento. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I **commi 4** e **5** attengono esclusivamente alla determinazione dei tempi di corresponsione degli arretrati prevedendo rispettivamente che quelli derivanti dal **comma 1** dell'articolo siano erogati entro giorni 60 dall'entrata in vigore dell'Accordo in esame e quelli derivanti dal **comma 2** siano erogati entro giorni 90 dall'entrata in vigore dell'Accordo in esame. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 3 – *Arretrati* genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione pari ad euro **60.072.753** come rappresentato nelle tabelle 13 e 14 e riepilogato nella seguente tabella 23.

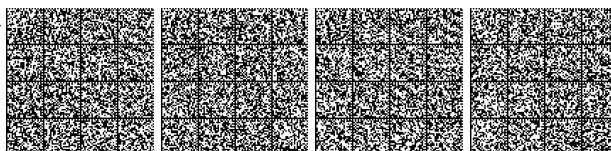
TABELLA n. 23 Specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie – costo effettivo 2010-2017.

MEDICINA CONVENZIONATA	costo effettivo 2010-2015	costo effettivo 2016-2017	costo effettivo 2010-2017
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 33.819.145	€ 26.253.608	€ 60.072.753
- *SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato*	€ 29.463.478	€ 22.848.196	€ 52.311.673
- *ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato*	€ 1.397.752	€ 1.246.446	€ 2.644.198
- *SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio*	€ 2.957.915	€ 2.158.966	€ 5.116.881

ART. 4 – Entrata in vigore dell'Accordo e rappresentatività a livello decentrato.

Al **comma 1** si ribadisce che ai sensi delle disposizioni vigenti l'Accordo in esame entri in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento (Intesa) della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 2** ripropone le regole di rappresentatività sindacale derivanti dalla normativa e dall'Accordo vigenti. Pertanto le organizzazioni sinda-

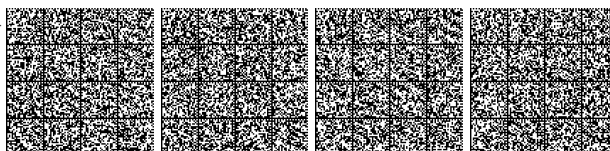
cali firmatarie dell'Accordo in esame, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 3** infine nel ribadire quanto già espresso dalla normativa e dall'Accordo vigenti, chiarisce che gli Accordi Attuativi Aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nell'Azienda di riferimento. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 4 – *Entrata in vigore dell'Accordo e rappresentatività a livello decentrato* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione

INDICE DELLE TABELLE
Tabella 1 - Numero medici al 01/01/2016
Tabella 2 - Numero scelte e numero ore remunerate, stime anno 2007 (ACN biennio 2008-2009)
Tabella 3 - Costo biennio economico 2008-2009 inclusivo dell'aumento contrattuale 3,2%
Tabella 4 - Numero scelte e numero ore remunerate, anno 2009 (01/01/2010)
Tabella 5 - Costo base anno 2009
Tabella 6 - Numero scelte e numero ore remunerate, anno 2015 (01/01/2016)
Tabella 7 - Costo base anno 2015
Tabella 8 - Costo base anno 2009, costo base anno 2015 e confronto CE
Tabella 9 - disponibilità percentuali anni 2010-2015 e triennio 2016-2018
Tabella 10 - disponibilità percentuali accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2017
Tabella 11 - disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 12 - disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017 - valori in ml di €
Tabella 13 - costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 14 - costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017 - valori in ml di €
Tabella 15 - differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 16 - differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016 e 2017 - valori in ml di €
Tabella 17 - Specialistica ambulatoriale e veterinaria - tempo indeterminato - costo effettivo 2010-2015
Tabella 18 - Altre professionalità (chimicil, biologi, psicologi) - tempo indeterminato - costo effettivo 2010-2015
Tabella 19 - Specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti tempo determinato e incarico provvisorio - costo effettivo 2010-2015
Tabella 20 - Specialistica ambulatoriale e veterinaria- tempo indeterminato - costo effettivo 2016-2017
Tabella 21 - Altre professionalità (chimicil, biologi, psicologi) - tempo indeterminato - costo effettivo 2016-2017
Tabella 22 - Specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti tempo determinato e incarico provvisorio - costo effettivo 2016-2017
Tabella 23 - Specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità - costo effettivo 2010-2017

18A05132

LEONARDO CIRCELLI, *redattore* DELIA CHIARA, *vice redattore*

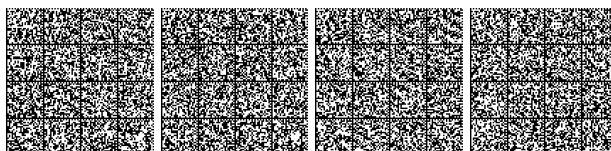
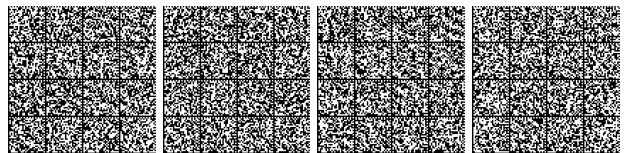
(WI-GU-2018-SON-030) Roma, 2018 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni dell'Istituto sono in vendita al pubblico:

- **— presso il punto vendita dell'Istituto in piazza G. Verdi, 1 - 00198 Roma ☎ 06-8549866**
- **— presso le librerie concessionarie riportate nell'elenco consultabile sui siti www.ipzs.it e www.gazzettaufficiale.it**

L'Istituto conserva per la vendita le Gazzette degli ultimi 4 anni fino ad esaurimento. Le richieste per corrispondenza potranno essere inviate a:

Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.
Vendita Gazzetta Ufficiale
Via Salaria, 691
00138 Roma
fax: 06-8508-3466
e-mail: informazioni@gazzettaufficiale.it

avendo cura di specificare nell'ordine, oltre al fascicolo di GU richiesto, l'indirizzo di spedizione e di fatturazione (se diverso) ed indicando i dati fiscali (codice fiscale e partita IVA, se titolari) obbligatori secondo il DL 223/2007. L'importo della fornitura, maggiorato di un contributo per le spese di spedizione, sarà versato in contanti alla ricezione.

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

CANONI DI ABBONAMENTO (salvo conguaglio)

validi a partire dal 1° OTTOBRE 2013

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE I (legislativa)

			CANONE DI ABBONAMENTO
Tipo A	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:		
	*(di cui spese di spedizione € 257,04)**	- annuale	€ **438,00**
	*(di cui spese di spedizione € 128,52)**	- semestrale	€ **239,00**
Tipo B	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale:		
	*(di cui spese di spedizione € 19,29)**	- annuale	€ **68,00**
	*(di cui spese di spedizione € 9,64)**	- semestrale	€ **43,00**
Tipo C	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti della UE:		
	*(di cui spese di spedizione € 41,27)**	- annuale	€ **168,00**
	*(di cui spese di spedizione € 20,63)**	- semestrale	€ **91,00**
Tipo D	Abbonamento ai fascicoli della serie destinata alle leggi e regolamenti regionali:		
	*(di cui spese di spedizione € 15,31)**	- annuale	€ **65,00**
	*(di cui spese di spedizione € 7,65)**	- semestrale	€ **40,00**
Tipo E	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:		
	*(di cui spese di spedizione € 50,02)**	- annuale	€ **167,00**
	*(di cui spese di spedizione € 25,01)**	- semestrale	€ **90,00**
Tipo F	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, e dai fascicoli delle quattro serie speciali:		
	*(di cui spese di spedizione € 383,93)**	- annuale	€ **819,00**
	*(di cui spese di spedizione € 191,46)**	- semestrale	€ **431,00**

N.B.: L'abbonamento alla GURI tipo A ed F comprende gli indici mensili

CONTO RIASSUNTIVO DEL TESORO

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **56,00**

PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI

(Oltre le spese di spedizione)

Prezzi di vendita:	serie generale	€ 1,00
	serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo serie speciale, concorsi, prezzo unico	€ 1,50
	supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo Conto Riassuntivo del Tesoro, prezzo unico	€ 6,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

PARTE I - 5ª SERIE SPECIALE - CONTRATTI PUBBLICI

*(di cui spese di spedizione € 129,11)**	- annuale	€ **302,47**
*(di cui spese di spedizione € 74,42)**	- semestrale	€ **166,36**

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II

*(di cui spese di spedizione € 40,05)**	- annuale	€ **86,72**
*(di cui spese di spedizione € 20,95)**	- semestrale	€ **55,46**

Prezzi di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione) € 1,01 (€ 0,83 + IVA)

Sulle pubblicazioni della 5ª Serie Speciale e della Parte II viene imposta I.V.A. al 22%.
Si ricorda che, in applicazione della legge 190 del 23 dicembre 2014 articolo 1 comma 629, gli enti dello Stato ivi specificati sono tenuti a versare all'Istituto solo la quota imponibile relativa al canone di abbonamento sottoscritto. Per ulteriori informazioni contattare la casella di posta elettronica abbonamenti@gazzettaufficiale.it.

RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

Abbonamento annuo		€ **190,00**
Abbonamento annuo per regioni, province e comuni - SCONTO 5%		€ **180,50**
Volume separato (oltre le spese di spedizione)	€ 18,00	

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero, i prezzi di vendita (in abbonamento ed a fascicoli separati) anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale, i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi anche ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso. Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli vengono stabilite di volta in volta in base alle copie richieste. Eventuali fascicoli non recapitati potranno essere forniti gratuitamente entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del fascicolo. Oltre tale periodo questi potranno essere forniti soltanto a pagamento.

N.B. - La spedizione dei fascicoli inizierà entro 15 giorni dall'attivazione da parte dell'Ufficio Abbonamenti Gazzetta Ufficiale.

RESTANO CONFERMATI GLI SCONTI COMMERCIALI APPLICATI AI SOLI COSTI DI ABBONAMENTO

* tariffe postali di cui alla Legge 27 febbraio 2004, n. 46 (G.U. n. 48/2004) per soggetti iscritti al R.O.C.